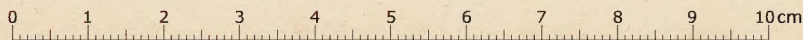
- Maternité le 3 août 1896 -

Cours de Mr le Professeur
— Boissard —

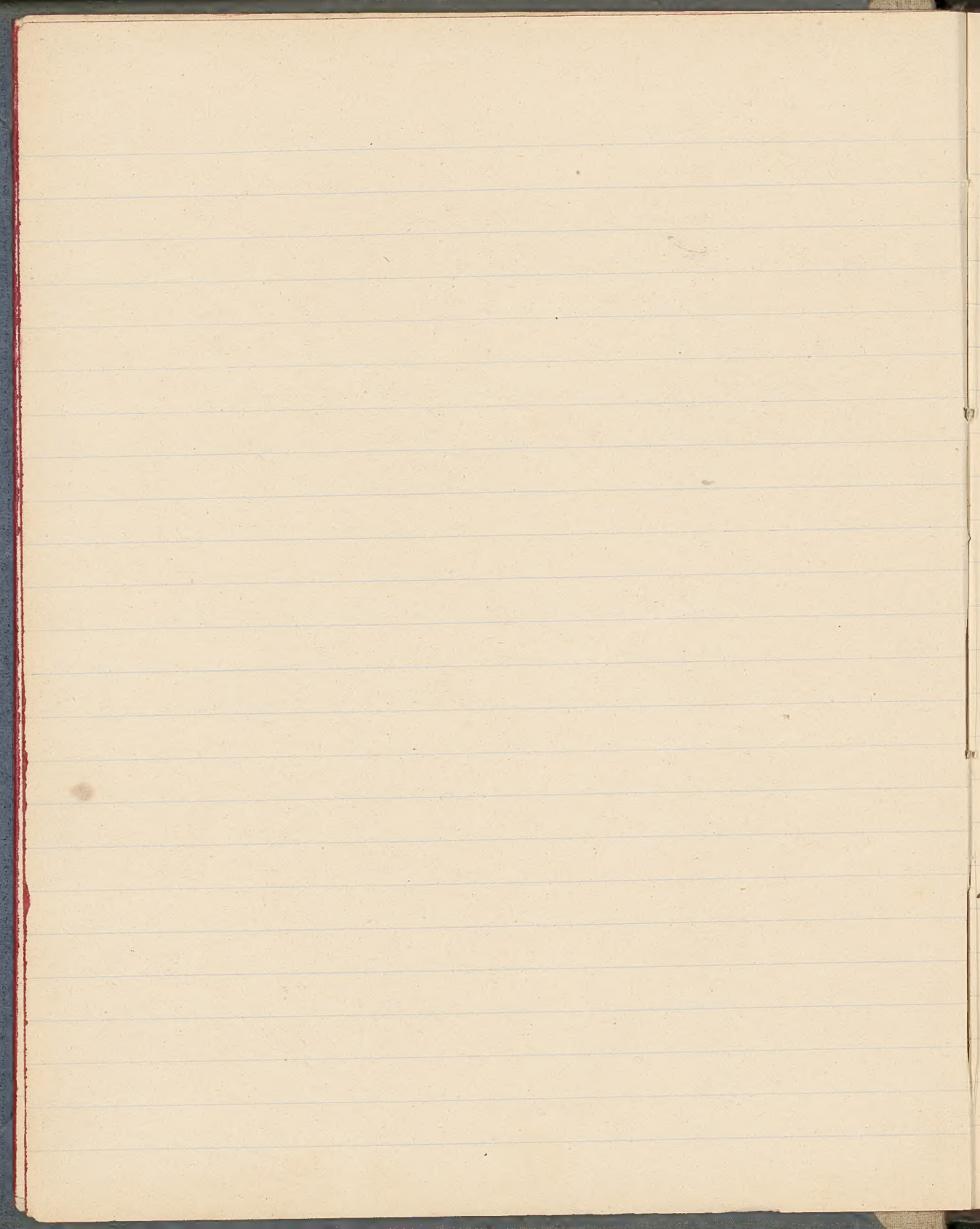
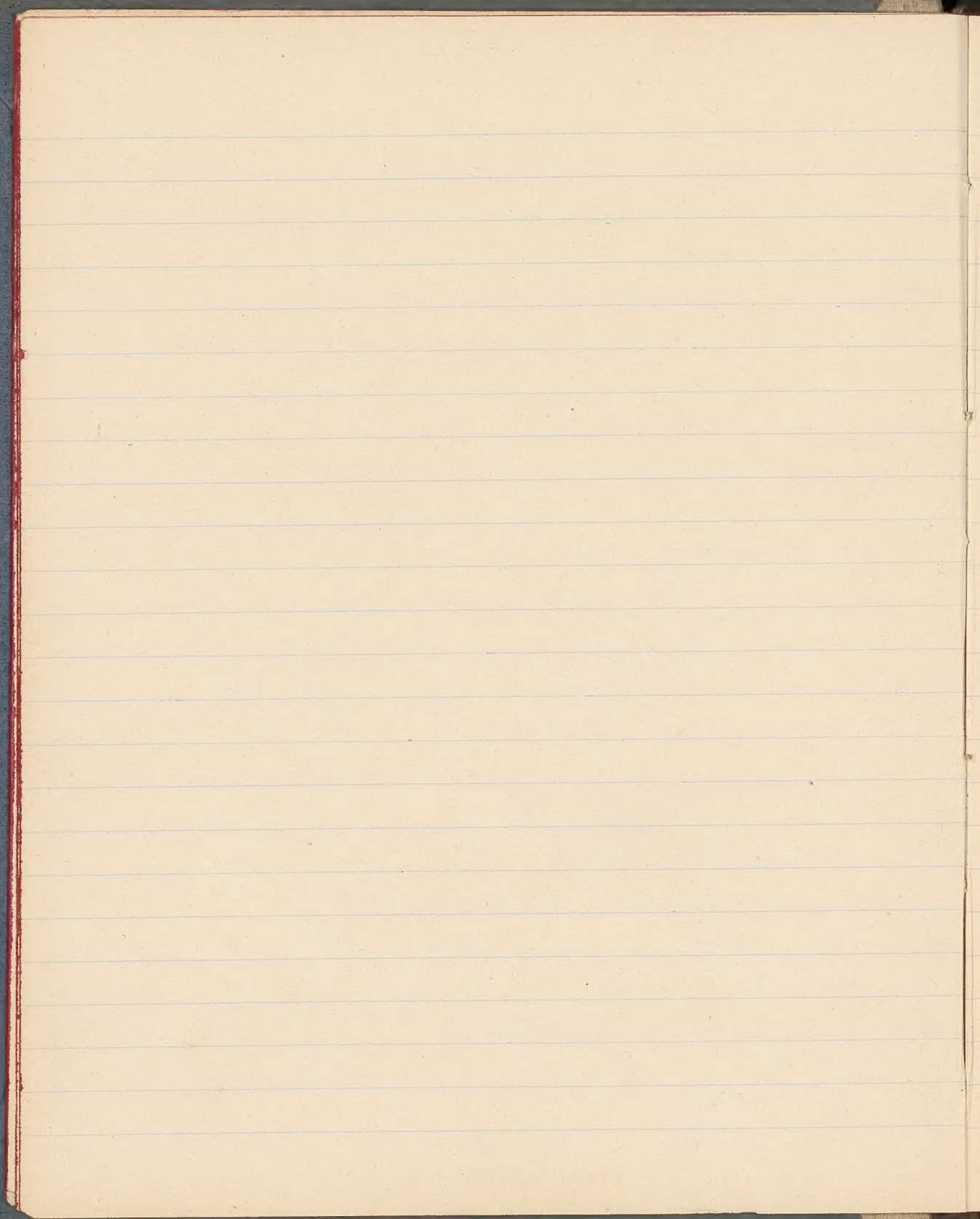
Cours de Madame la
- Sage-femme en Chef -

Anna Lherbier
élève Sage-femme -

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10cm

Le 3 août 1896. A. Lherbier

Appareil urinaire

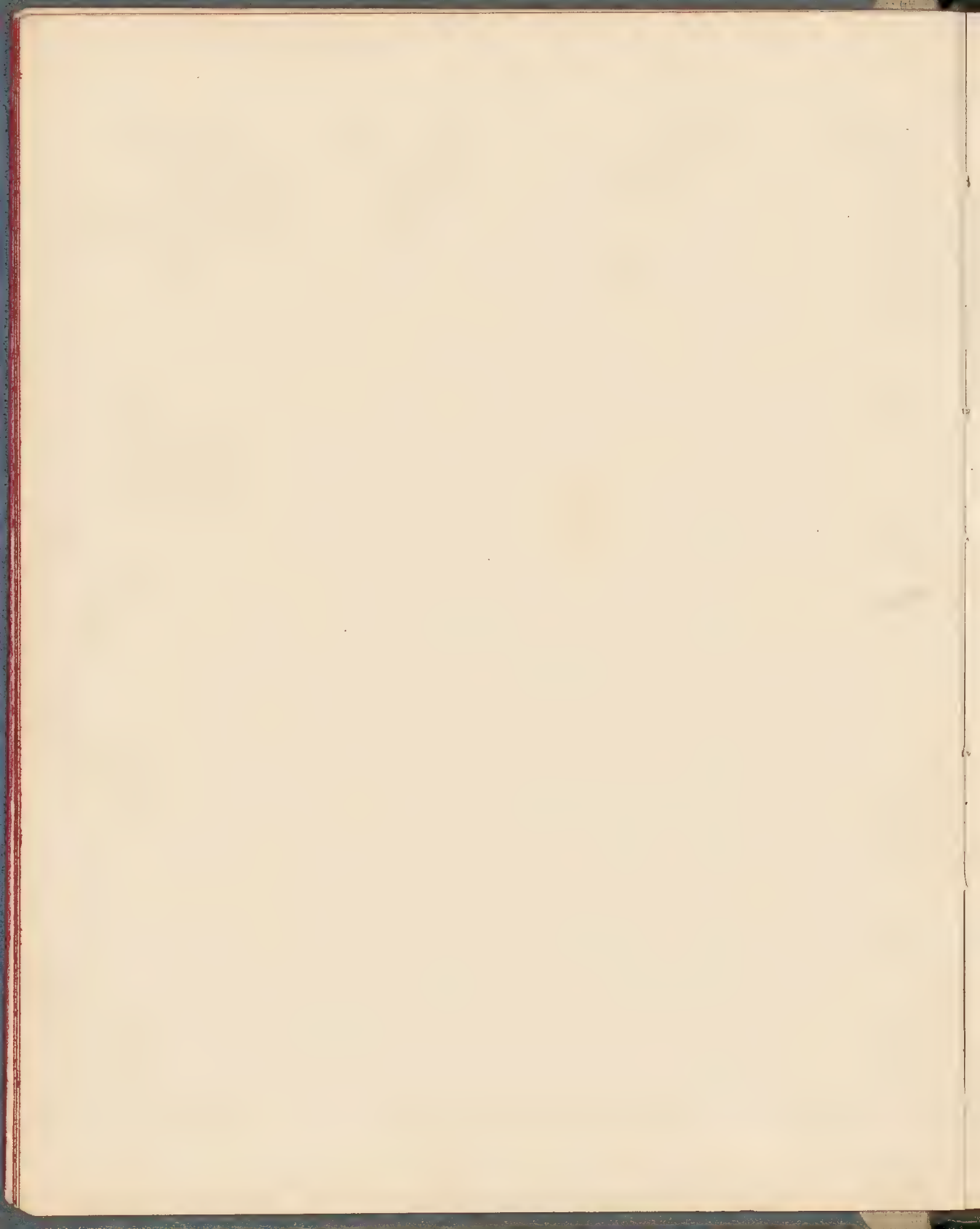
– Les reins –

Définition	Les reins sont des organes glandulaires préposés à la sécrétion de l'urine.
Situation	Ils sont situés profondément dans la cavité abdominale de chaque côté de la colonne vertébrale, ils s'étendent de la dernière vertèb dorsale à la 3me lombaire
Direction	Leur direction est un peu oblique de haut en bas et de dehors en dedans.
Nombre.	Ils sont au nombre de deux ; l'un droit l'autre gauche, le droit est un peu plus bas que le gauche par suite du foie qui est situé audessus. Dans certain cas on observe qu'un seul rein il est alors transversalement étendu au devant de la colonne vertébrale. On observe parfois des déplacements des reins ces organes peuvent même devenir flottants dans la cavité abdominale, la femme accuse de la douleur.
Poids	Le poids du rein est de 140 grs en moyenne
Diamètres	Il a 12 c. dans le sens longitudinal 6 c. dans

	le sens transversal et 3 dans le sens antéro-post.
Couleur.	Sa couleur rappelle celle de la chair musculaire, il est dur et friable.
Rapports.	Le rein a la forme d'un haricot dont le hile est dirigé en dedans. Sa surface est lisse et unie chez l'adulte, bosselé chez l'enfant, ce qui indique sa formation par plusieurs lobes.
	Cette forme permet de lui considérer 2 faces: l'une antérieure, l'autre postérieure, deux bords: l'un interne, l'autre externe et 2 extrémités; l'une supérieure, l'autre inférieure.
Face antérieure	Ses rapports diffèrent pour le rein droit et pour le rein gauche. Le rein droit est en rapport avec le colon ascendant, la face inférieure du foie et la deuxième portion du duodénum. Le rein gauche est en rapport avec le colon descendant, la rate, la grosse tubérosité de l'estomac et la queue du pancréas.
Face postérieure	La face postérieure est en rapport avec le muscle psoas qui la sépare de la colonne vertébrale avec le diaphragme, avec le muscle carré

des lombes et avec les branches supérieures
du plexus lombaire.

Extrémité supre — L'extrémité supérieure est coiffée par la
capsule surrénale (organe vasculaire et [illegible]

Bord externe — Le bord externe est convexe.

Bord interne — Le bord interne est concave et [illegible]
vers sa partie [illegible] une profonde
échancrure appelée hile, ce hile est occupé
en avant par la veine rénale, au milieu
par l'artère rénale [illegible] par le
bassinet qui se continue en dehors [illegible]
[illegible] l'urètère, et du côté du rein avec
les calices (petits tubes membraneux qui
entourent les papilles [illegible].
En allant de dehors en dedans on trouve :
une couche cellulo-graisseuse (appelée caps.
adipeuse du rein) au dessous une [illegible]
fibreuse - (capsule de Glisson, puis le tissu
propre du rein.

Structure — En fesant une coupe du rein on voit qu'il
est composé de deux substances : une subs-
tance centrale ou médullaire ; une subs
tance périphérique ou corticale.

Substance médullaire

La substance médullaire est formée de pyramides de Malpighi, ces pyramides sont au nombre de 7 à 9. La base de ces pyramides se dirige vers la périphérie de l'organe, le sommet fait saillie dans le hile sous forme d'un bourgeon portant le nom de papille rénale, cette papille laisse écouler l'urine dans les calices, cette urine tombe des calices dans le bassinet, se déverse dans l'urétère qui la conduit dans le bas-fond de la vessie.

Substance corticale

La substance corticale occupe toute la périphérie du rein, de plus elle envoie des prolongements nommés colonnes de Bertin entre les pyramides de Malpighi.

La substance corticale est rouge plus foncée que la substance médullaire, elle présente un aspect grenu dû à une foule de petits points rouges appelés corpuscules de Malpighi qui sont séparés par des traînées fibreuses qui se continuent avec la substance médullaire et qui portent le nom de pyramides de Ferrein.

Corpuscules de Malpighi.

Le corpuscule de Malpighi a la forme d'un

× De l'arcade rénale part une branche ascendante qui s'élève dans la substance corticale, et fournit des ramuscules qui vont se rendre aux corpuscules de Malpighi (branche afférente)

De cette arcade part [illegible] temps une branche descendante qui va nourrir les tubes de Bellini ou pyramides de Malpighi.

ampoule présentant deux orifices situés aux deux extrémité de son diamètre transverse. l'un de ces orifices livre passage à deux artères : l'une qui y pénètre et l'autre qui en sort ; l'autre orifice se continue avec le tube urinifère.

Cette ampoule est formée par une paroi très mince (capsule de Bowmann) tapissée par un épithélium pavimenteux, et renferme un réseau artériel, au milieu de ce réseau un glomérule qui n'est autre chose qu'un peloton artériel.

- Vaisseaux du rein -

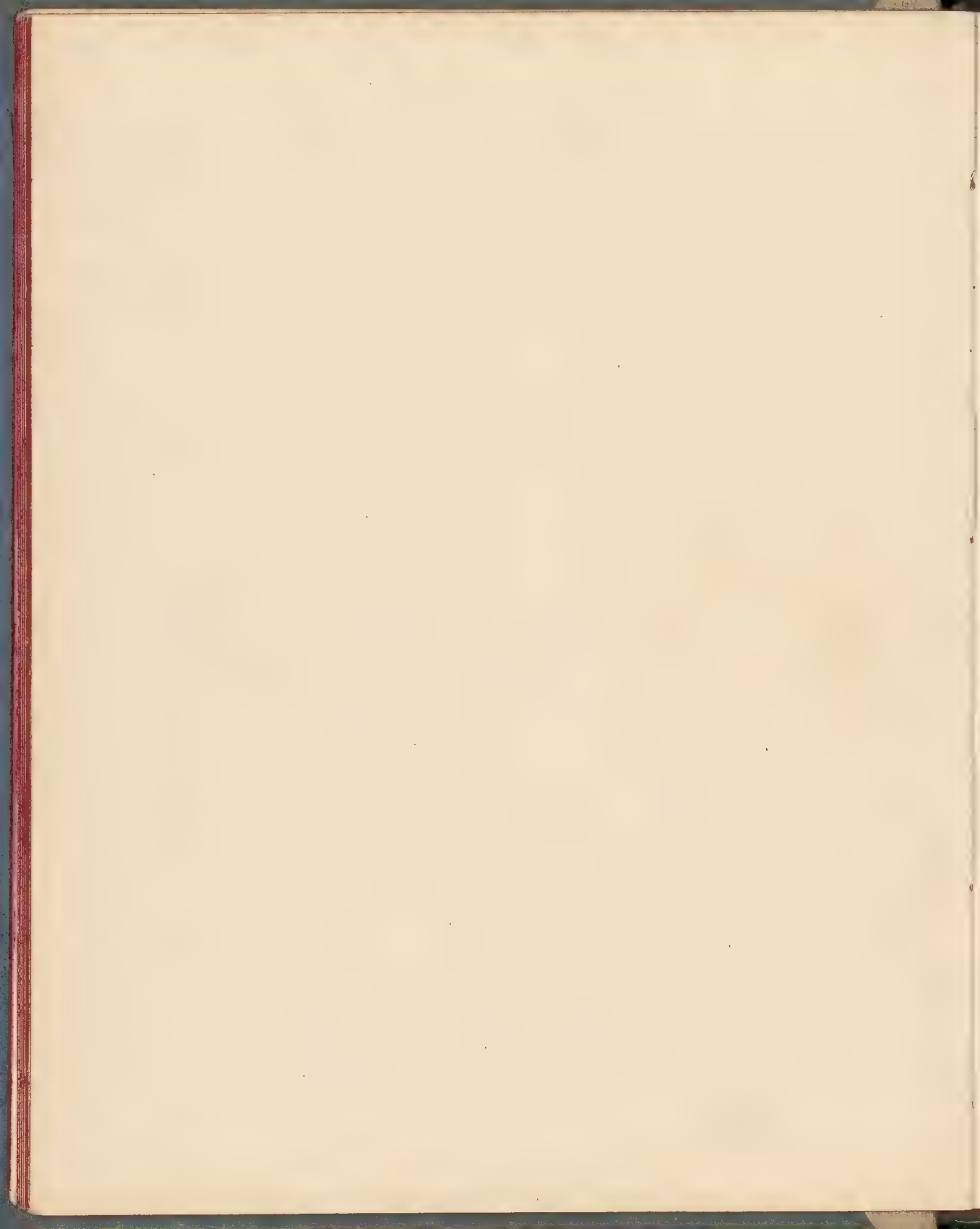
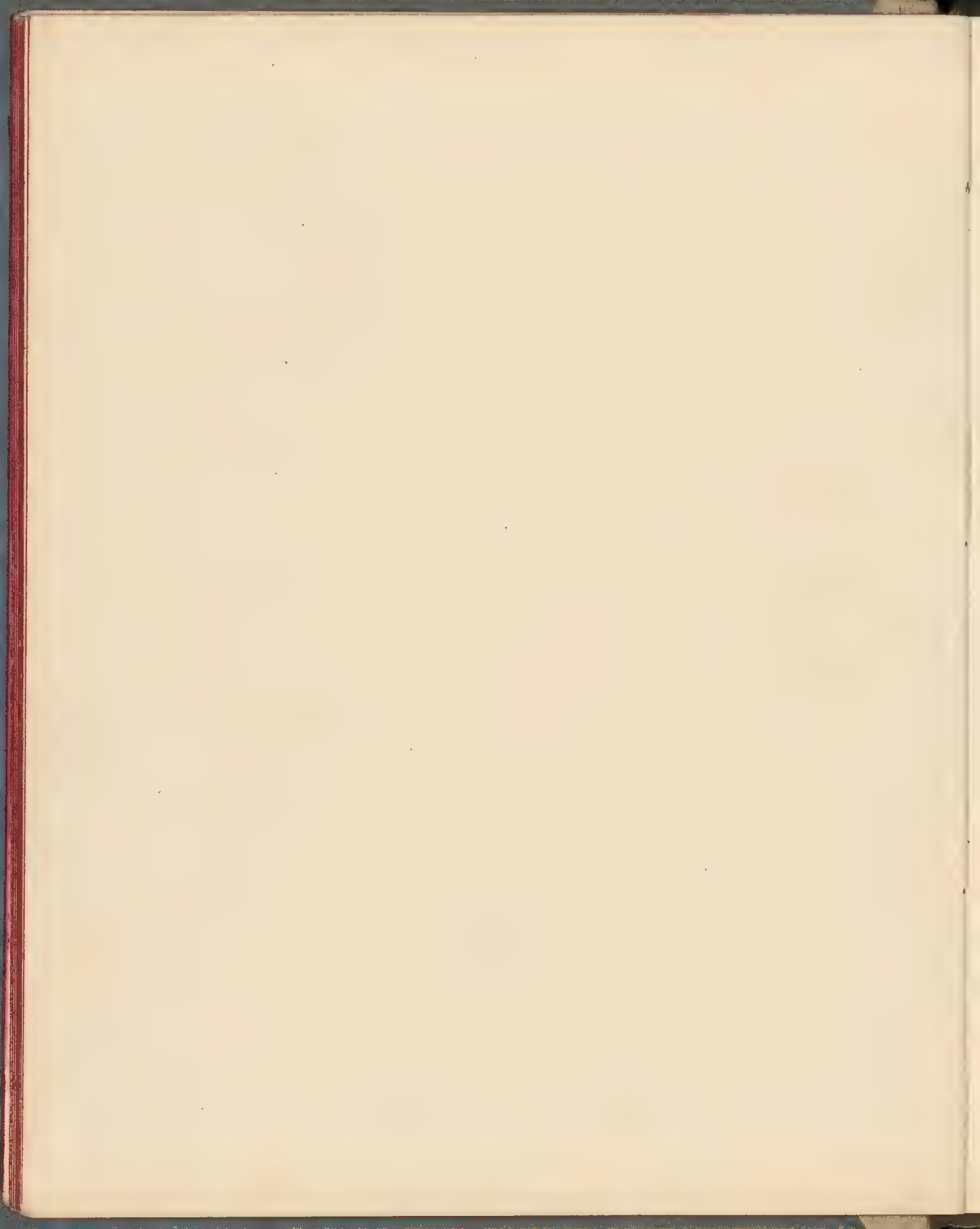
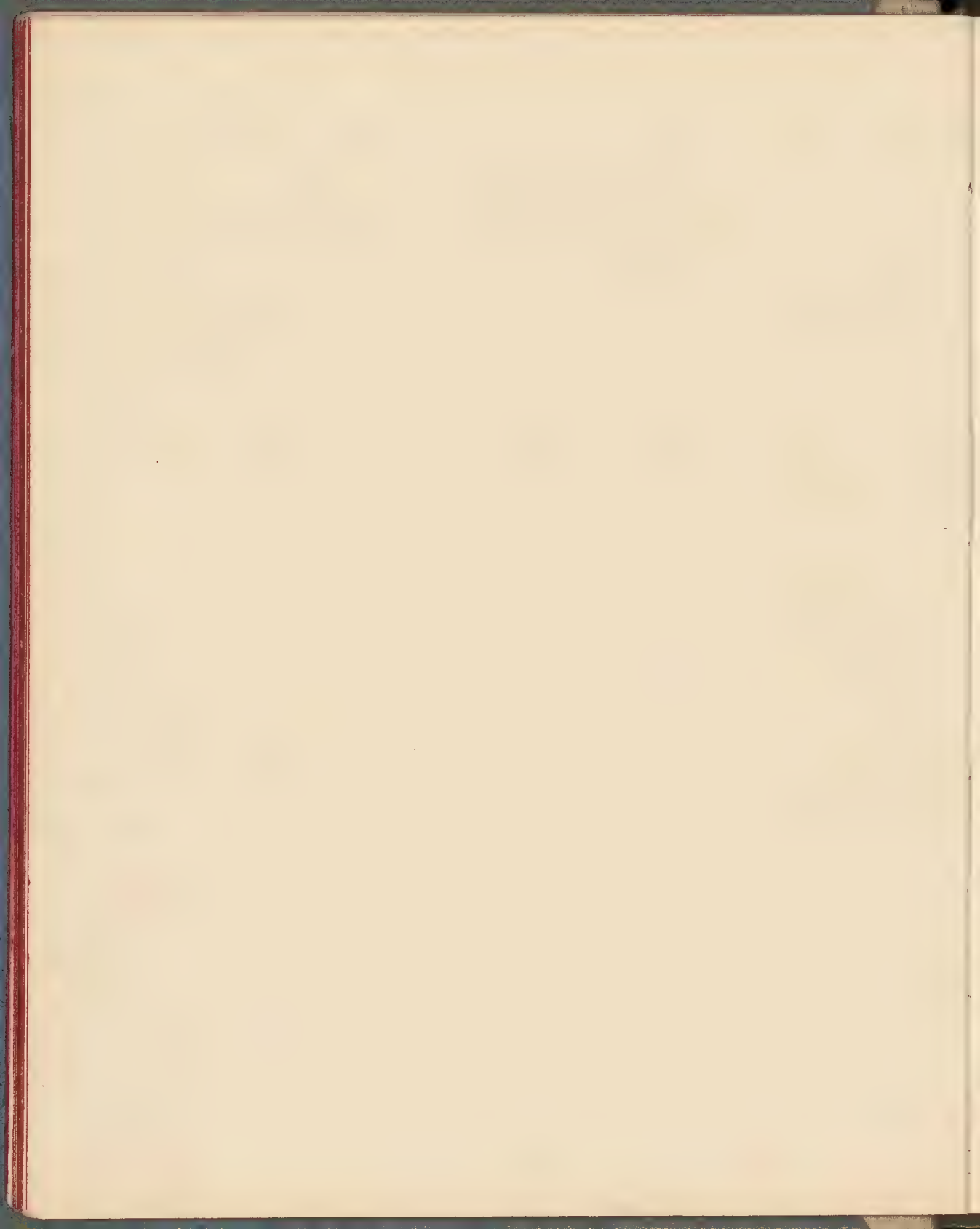
Artère rénale.

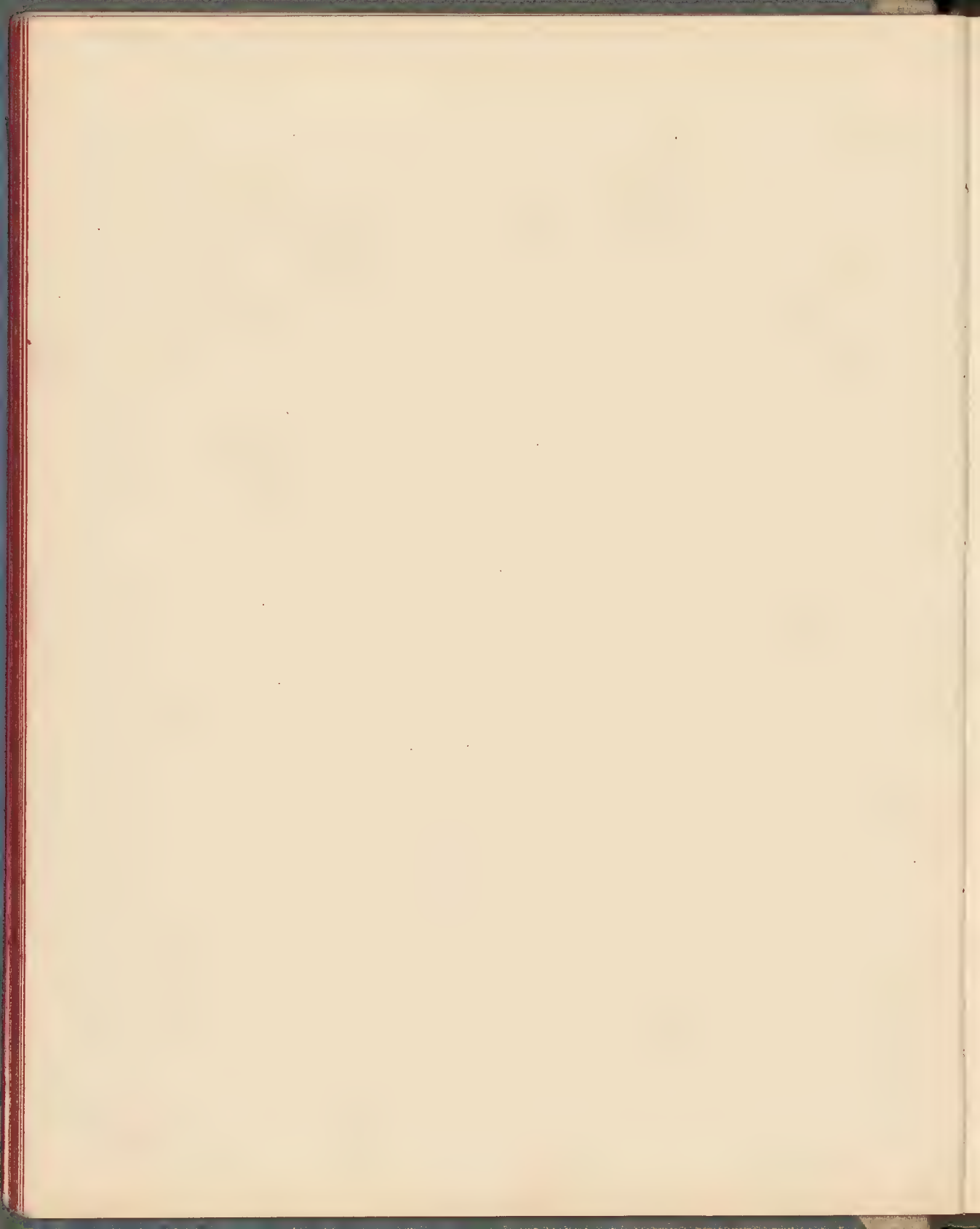
L'artère rénale naît de l'aorte, arrivée au niveau du hile du rein elle se divise en plusieurs branches qui pénètrent dans le rein entre les papilles s'élèvent dans les colonnes de Bertin, arrivées à la base des pyramides de Malpighi elles s'infléchissent en forme d'arcades (arcades rénales) ×
De ces arcades partent des branches artérielles qui s'élèvent dans la substance corticale et fournissent des ramuscules qui vont se rendre dans les corpuscules de Malpighi

(1) Ce réseau capillaire se rend également à la périphérie du rein pour former les étoiles de Verheyen.

ce ramuscule : vaisseau afférent pénètre dans le corpuscule se divise en plusieurs branches qui s'enroulent sur elles-mêmes en formant un petit peloton [illegible] laire, dit glomérule de Malpighi, ces branches se réunissent [illegible] qu'une seule (l'artère efférente) qui [illegible] sort [illegible] corpuscule par le même orifice qui a livré passage à l'artère afférente. cette artère efférente fait suite [illegible] capillaire [illegible] va se distribuer [illegible] tubes urinifères ; ce réseau capillaire (1) arrivé niveau des pyramides de Malpighi forme une arcade, de cette arcade part des branches qui passent dans les pyramides de Malpighi et se réunissent au niveau du hile pour former la veine rénale qui va se jeter dans la veine cave inférieure

– Tubes urinifères –

Les tubes urinifères s'étendent des corpuscules de Malpighi jusqu'aux orifices des papilles rénales, on les a divisés en [illegible] parties : les canaux contournés, les canaux en anse de Henlé, les canaux [illegible]

les canaux droits et les canaux collec-
teurs où ... de Bellini
Les canaux contournés sont tapissés par un
épithélium trouble granuleux;
Les canaux en anse de Henlé ...
par un épithélium clair
Les canaux d'union, épithélium clair;
Les canaux droits sont tapissés par un épithé-
lium clair, d'abord polyédrique, ensuite
cylindrique.
Les canaux [illegible] collecteurs sont tapis-
sés par un épithélium clair.
C'est au niveau des corpuscules de
Malpighi que se fait la sécrétion
urinaire, par suite de la pression exercée
à ce niveau; le sérum du sang tran-
sude à travers les parois des vaisseaux.
le sang ... de l'urine dans
le vide qui existe entre le glomérule
et la capsule de Bowman. cette
urine est prise par les ...
arrive dans le bassinet auquel fait
suite ... qui la conduit dans
la vessie

Urine	Elle se compose d'eau, d'urée, d'acide urique. De sels, On trouve aussi du sucre chez les diabétiques; de l'albumine chez les albuminuriques.
Pathologie	Les reins peuvent être atteint d'inflammation ce qui constitue la néphrite qui est soit: interstiéielle, parenchymateuse, aiguë ou chronique, infectieuse, passagère.
Interstitielle	Inflammation des tubes urinifères
Parenchymateuse	[illegible]
Aiguë	[illegible]
Chronique	A la suite de fièvre scarlatine
Infectieuse	Par septicémie puerpuérale
Passagère	
Maladie de Brigth	Ou gros rein blanc: Rein œdématié ayant subi la dégénérescence fibro-graissense.

– La peau –

La peau est une enveloppe cutanée qui constitue la limite extérieure du corps.
C'est une [illegible]brane à la fois flescible et extensible, résistante et élastique.
L'élasticité de la peau a des limites. chez la femme enceinte au niveau des parois abdominales la peau trop distendue [illegible] des vergetures.
La finesse de la peau est variable suivant les individus, les races et la profession, au niveau de la paume des mains il y a des durcissements professionnels [illegible] les durillons.
Cette finesse est variable suivant les régions; elle est plus fine au niveau des paupières, des oreilles, du mamelon.
Du côté de la peau on observe des plis qui sont dus à l'adhérence du muscles sous-jacents, du côté des articulations: [illegible] flexion: on observe aussi les rides de la vieillesse.
La peau est de couleur variable suivant les sujets: blanche transparente ou diaphane.

Son étendue est d'un mètre carré environ.
Son épaisseur est de 1 millimètre en moyenne.

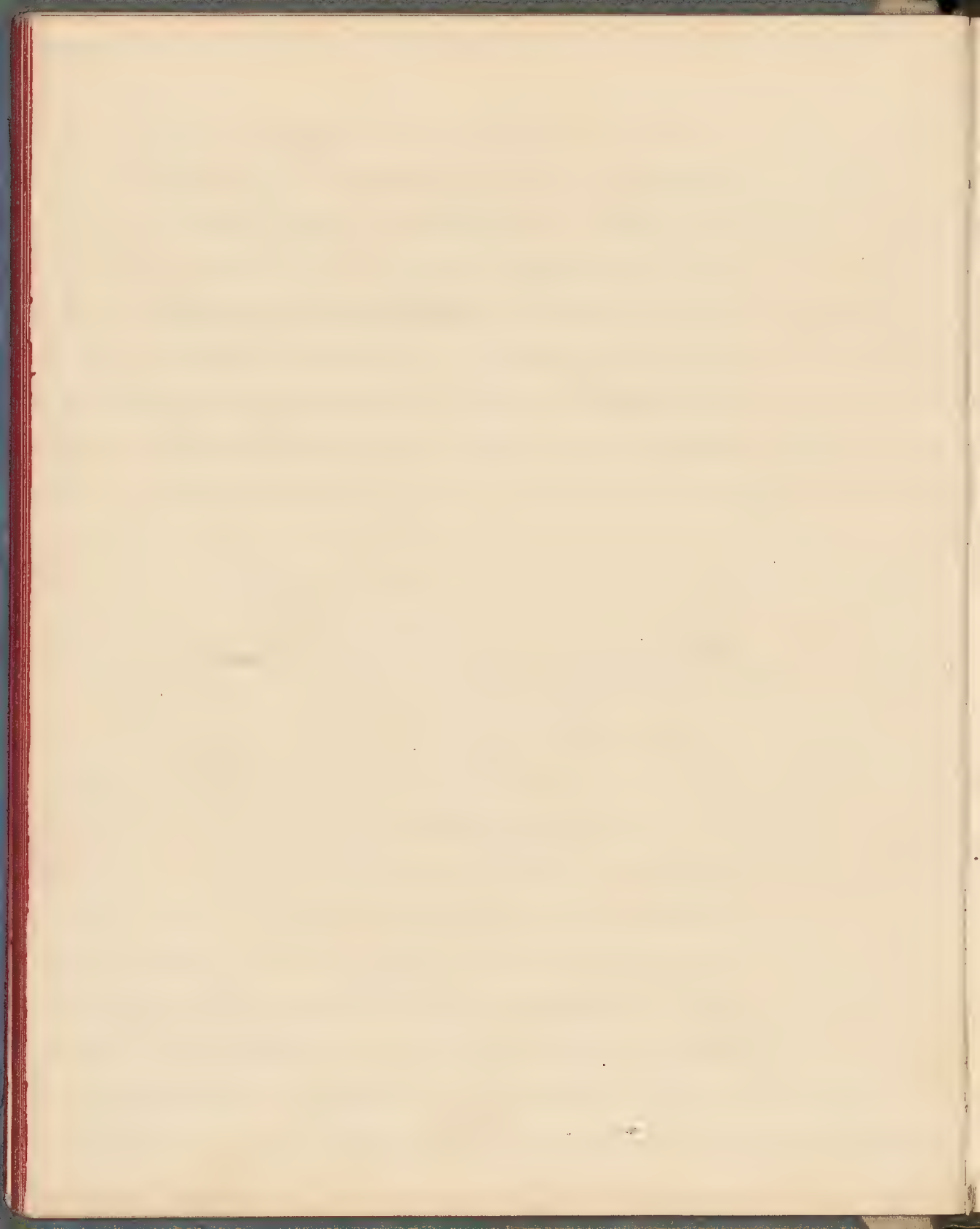
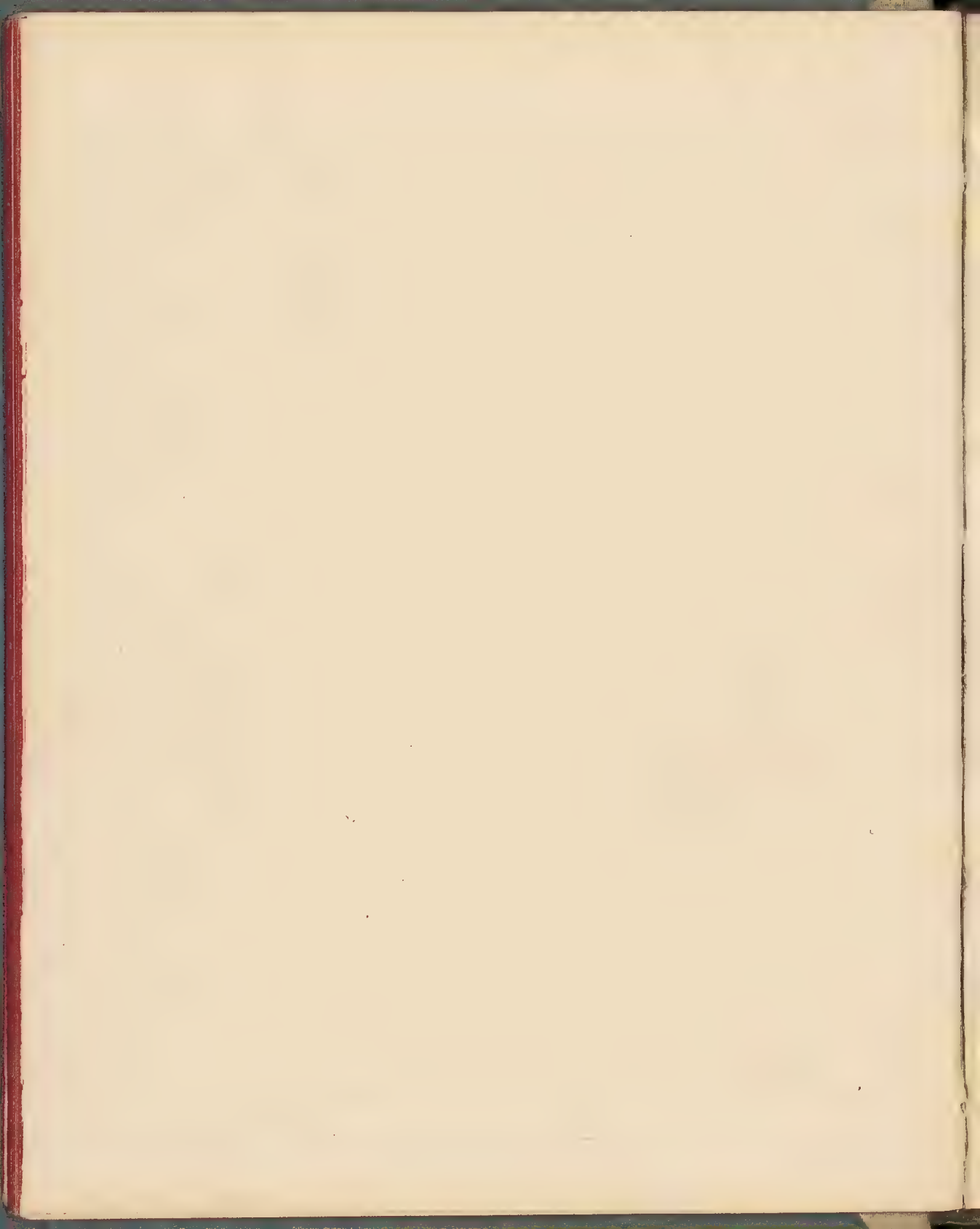
Structure : La peau se compose de deux couches : une couche superficielle : l'épiderme ;
une couche profonde : le derme :

Epiderme : L'épiderme se compose de trois couches :
la couche la plus superficielle est constituée
par des cellules plates (cellules mortes.) ces cellules
tombent facilement, il y a desquamation
de la peau.

La couche moyenne ou de Malpighi est
constituée par des grosses cellules à noyaux
disposées sur 3 couches : 1ʳᵉ couche, cellules
cylindriques. 2ᵐᵉ couche, cellules coniques.
3ᵐᵉ couche, cellules plates.

La couche profonde est formée
par la membrane basale qui sépare
l'épiderme du derme.

La couche cornée a pour but de protéger
la couche de Malpighi, elle s'oppose à
l'absorption des liquides : des poisons et des
substances toxiques.

Au dessous de l'épiderme se trouve
le derme, il présente [illegible]

plus considérable que l'épiderme, il est
constitué par ~~les~~ ~~il~~ un enchevêtrement
de fibres élastiques et musculaires [illegible] fibres
lamineuses, on trouve dans [illegible] des
organes particuliers tel que : papilles, poils,
glandes sébacées et glandes sudoripares.
Les papilles sont de 3 variétés : vasculaires,
nerveuses ou sensitives, mixtes. Elles sont
constituées par des saillies coniques comme
les villosités intestinales, elles renferment un
réseau vasculaire extrêmement riche en
vaisseaux sanguins et lymphatiques.
Dans ces papilles il y a ~~un~~ corpuscules
de Meissner et de Pacini, et de Krause
Corpuscules de Meissner. une fibre
nerveuse aborde le corpuscule, l'enveloppe
et se termine ~~à~~ par une extrémité [illegible]
réduite à son cylindre axe.
Corpuscule de Pacini est situé plus profondé-
ment ; il est formé de capsules emboîtées.
Les corpuscules s'observent surtout [illegible]
qui nous mettent en rapport avec l'extérieur
(à la plante des pieds et à la paume de
la main.)

Follicules pileux — On observe sur toute l'étendue du corps des organes de protection appelés follicules pileux; ils sont en quantité variable, perceptibles ou imperceptibles (exception pour la plante des pieds et la paume de la main.) ils prennent naissance dans le derme et traversent l'épiderme. Deux organes y sont annexés: des glandes et des muscles à fibres musculaires lisses (muscles redresseurs du poil.)

On trouve 2 sortes de glandes: les glandes sébacées et les glandes sudoripares.

Glandes sébacées — Les glandes sébacées sont des glandes en grappe elles s'ouvrent isolément à la surface de l'épiderme. Les glandes sébacées, secrètent la matière sébacée ou sébum qui sert à lubréfier le poil; dans le conduit auditif externe elles prennent le nom de glandes cérumineuses qui constituent le cérumen. elles sont constituées par des lobules superposés.

Glandes sudoripares — Les glandes sudoripares sont très nombreuses, ce sont des glandes en tubes ~~tous~~ dermiques

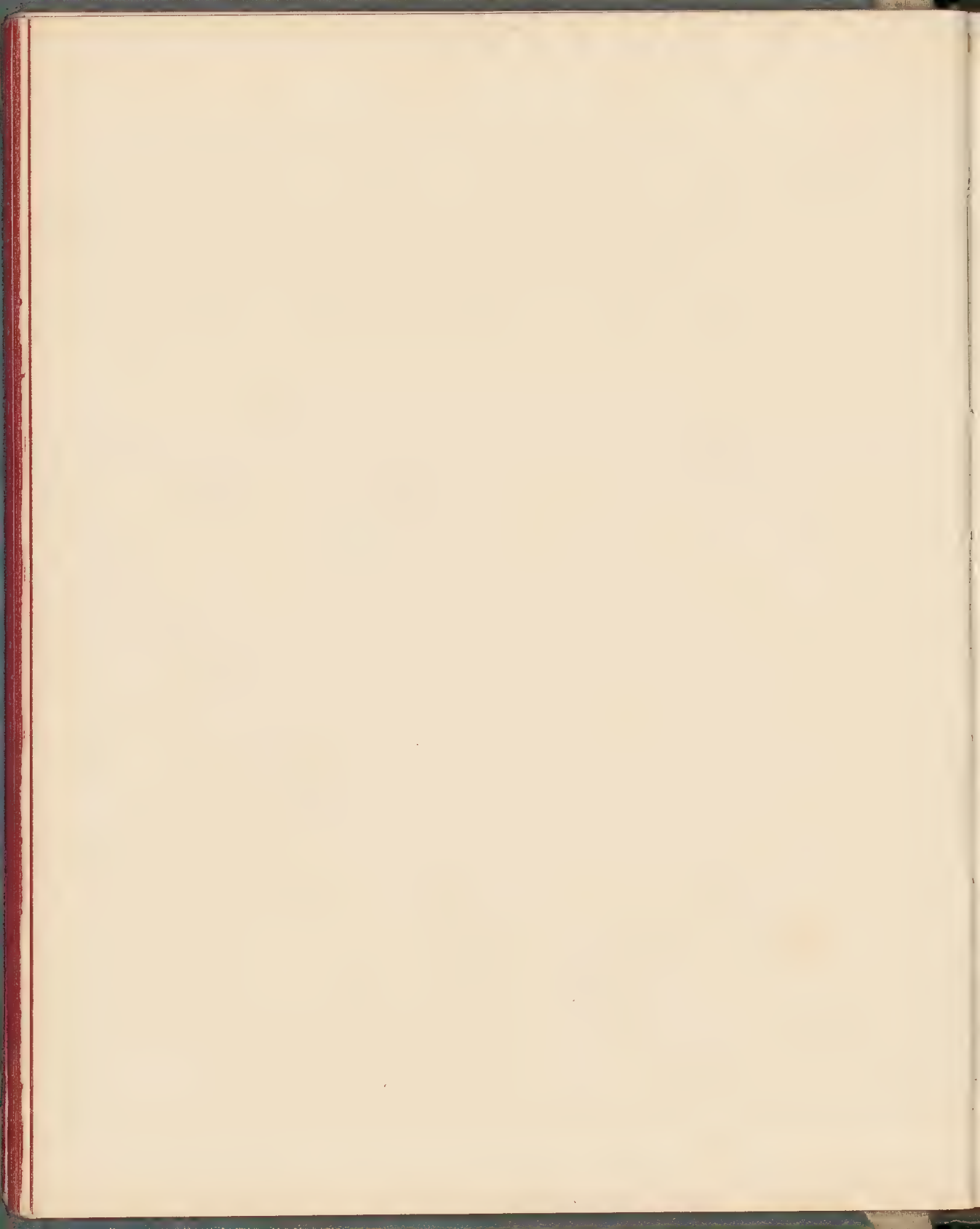
× La peau peut être le siège de certaines maladès : cancer, kyste, épithélioma, furoncle, polype, anthrax, orgelet, chalasion.

et intra-dermique dont le canal excréteur traverse l'épiderme et va s'ouvrir à sa surface. Cette glande est enroulée sur elle-même et forme un glomérule, elle est tapissée d'un épithélium à cellules épithéliales granuleuses présentant comme des batonnets; elles sont séparées les unes des autres; quand la glande fonctionne les cellules s'allongent, il se forme des globes colloïdes, quand ces cellules ont largement travaillé on voit qu'elles sont fatiguées, elles deviennent plates et reviennent sur elles-mêmes.

La sécrétion sudoripare est sous l'influence du système nerveux indépendamment de la volonté.

La sueur est un liquide clair, transparent, à réaction variable, tantôt acide tantôt alcalin suivant les régions. Elle est formée en grande partie: d'eau(sels) de chlorure de sodium, d'urée, chez les diabétiques on trouve aussi du sucre.

La peau est une voie d'élimination de substances toxiques.

La sueur est éliminée en quantité variable; en moyenne un litre environ dans les 24 heures. Certains agents médicamenteux amènent une transpiration abondante: la pilocarpine, antidote à la belladone. x

— Système nerveux —

Le système nerveux est l'ensemble des organes qui président aux facultés sensorielles et intellect.
On l'a divisé en trois parties: une centrale, une médullaire, une organique où du grand sympathique
Le système nerveux central où encéphale comprend le cerveau et le cervelet. Le cerveau est composé de fibres, de cellules et de substance nerveuse, il est situé dans la cavité crânienne protégé par le crâne et les méninges.
Les méninges sont au nombre de trois: la dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère.
La dure-mère membrane fibreuse très résistante, peu vasculaire, adhère intimement aux os du crâne, elle joue le rôle de périoste.
L'arachnoïde, membrane séreuse, composée de cellules plates et d'une membrane, elle est formée de 2 feuillets: un feuillet pariétal en rapport avec la dure-mère. un feuillet viscéral en rapport avec la pie-mère entre ces deux feuillets on trouve un peu de [illegible]

× La dure-mère envoie un prolongement entre les 2
× hémisphères et forme la grande faux du cerveau ; entre
le cerveau et le cervelet : la tente du cervelet.
en arrière la grande faux du cerveau se continue
avec la petite faux du cervelet.

Le cerveau est la masse la plus volumineuse de
l'encéphale, c'est à ce niveau que siège les facultés
intellectuelles et sensorielles.

Les 2 hémisphères sont reliés entre eux à leur partie inférre
par le corps calleux

La substance blanche forme le corps calleux et les
pédoncules cérébraux qui unissent le cerveau au
cervelet.

Les artères du cerveau viennent de deux sources :
de l'artère sous-clavière et de la carotide
- interne -

(1) Chez la femme le poids moyen du cerveau est de 1050 gr.

XX Le liquide céphalo-rachidien est secrété entre la pie-
mère et le feuillet viscéral de l'arachnoïde.

×× La pie-mère est une membrane vasculaire qui tapisse le cerveau et pénètre dans ses circonvolutions.

Le cerveau est divisé en 2 hémisphères par × une scissure longitudinale appelée scissure × inter-hémisphériques.

Chaque hémisphère comprend 4 lobes: 1 lobe frontal, un lobe temporal, un lobe pariétal, un lobe occipital. Ces lobes sont séparés entre eux par des ~~scissures~~ scissures. La scissure de Sylvius sépare le lobe frontal du temporal. La scissure de Rolando, sépare le lobe frontal du pariétal la scissure perpendiculaire ou occipitale sépare le lobe occipital du pariétal.

La surface externe des hémisphères cérébraux est parcourue par de nombreuses saillies et dépressions désignées sous le nom de circonvolutions.

Le lobe frontal présente 4 circonvolutions: la faculté du langage réside dans la 3me circonvolution du lobe frontal gauche ou circonvolution de Broca.

Le cerveau à la forme d'un segment d'ovoïde a grosse extrémité dirigée en arrière et a grand diamètre antéro-postérieur.

×Son poids moyen est d'environ 1280 gr. chez l'homme

(1) C'est au niveau du plancher du 4ème ventricule (Bulbe) que l'on trouve le nœud vital de Flourens. Une piqûre faite à ce niveau amène la mort, en ce point correspond le noyau d'origine du pneumo-gastrique. (Il y a arrêt de la respiration)

Il est constitué par des lobes, des lobules et des circonvolutions.
Une circonvolution est formée de 2 substances: la substance blanche est au centre, la substance grise est a la périphérie.
La substance grise a 2 a 4 millimètres d'épaisseur elle est constituée par des cellules nerveuses. Ces cellules se composent d'un noyau autour duquel se groupent des granulations.
Ces cellules sont plongées dans une matière amorphe la névroglie. Elles ont une forme pyramidale et donnent naissance a une ou plusieurs prolongements qui les relient entre-elles. Si ces cellules ont qu'un prolongement elles sont appelées apolaires, 2 prolongements, bi-polaires, plusieurs multipolaires.
La substance blanche est constituée par des fibres ou tubes nerveux; ces tubes nerveux sont formés par un cylindre-axe recouvert de myéline.
La masse cérébrale comprend: le cerveau, le cervelet, la protubérance annulaire et le bulbe ou nœud vital (1)

Les nerfs : olfactif, optique, auditif sont des nerfs
— sensitifs —
Les nerfs : trijumeau et pneumogastrique sont
des nerfs ~~mixtes~~ (moteurs et sensitifs.)

Les nerfs : moteur oculaire commun, pathétique,
moteur oculaire externe, facial, glosso-pharyngien
spinal et grand-hypoglosse sont tous moteurs —

Olfactif : nerf de l'odorat.
Optique : " de la vue.
Moteur oculaire commun. Pathétique. Moteur
oculaire externe : Vont tous aux ~~l'œil~~ muscles
de l'œil
Le trijumeau : se divise en 3 branches : une
qui va à l'œil, l'autre a la machoire supre
le 3me à la machoire infre
Facial : Aux muscles de la face
Auditif : A l'oreille.
Glosso-pharyngien : A la muqueuse de la langue
et du pharynx.

Il y a 12 paires de nerfs crâniens, parmis ces nerfs il y en a des moteurs, des sensitifs et des mixtes (moteurs et sensitifs.)

× Ces nerfs sont : l'olfactif, l'optique, le nerf moteur oculaire commun, le nerf pathétique,
× le trijumeau, le nerf moteur oculaire externe, nerf facial, nerf auditif, le nerf
× glosso-pharyngien, le pneumogastrique, le spinal, le nerf grand-hypoglosse.

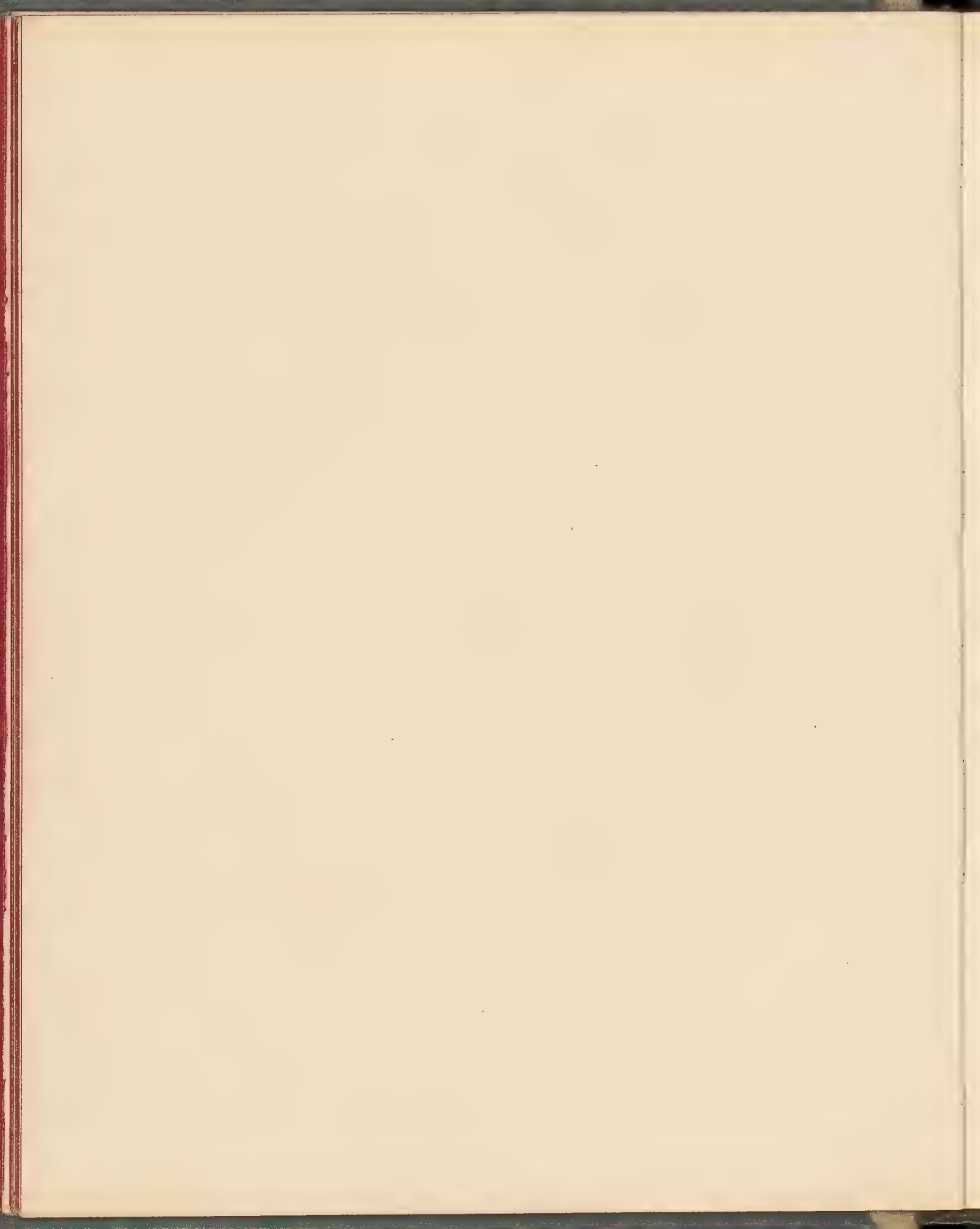
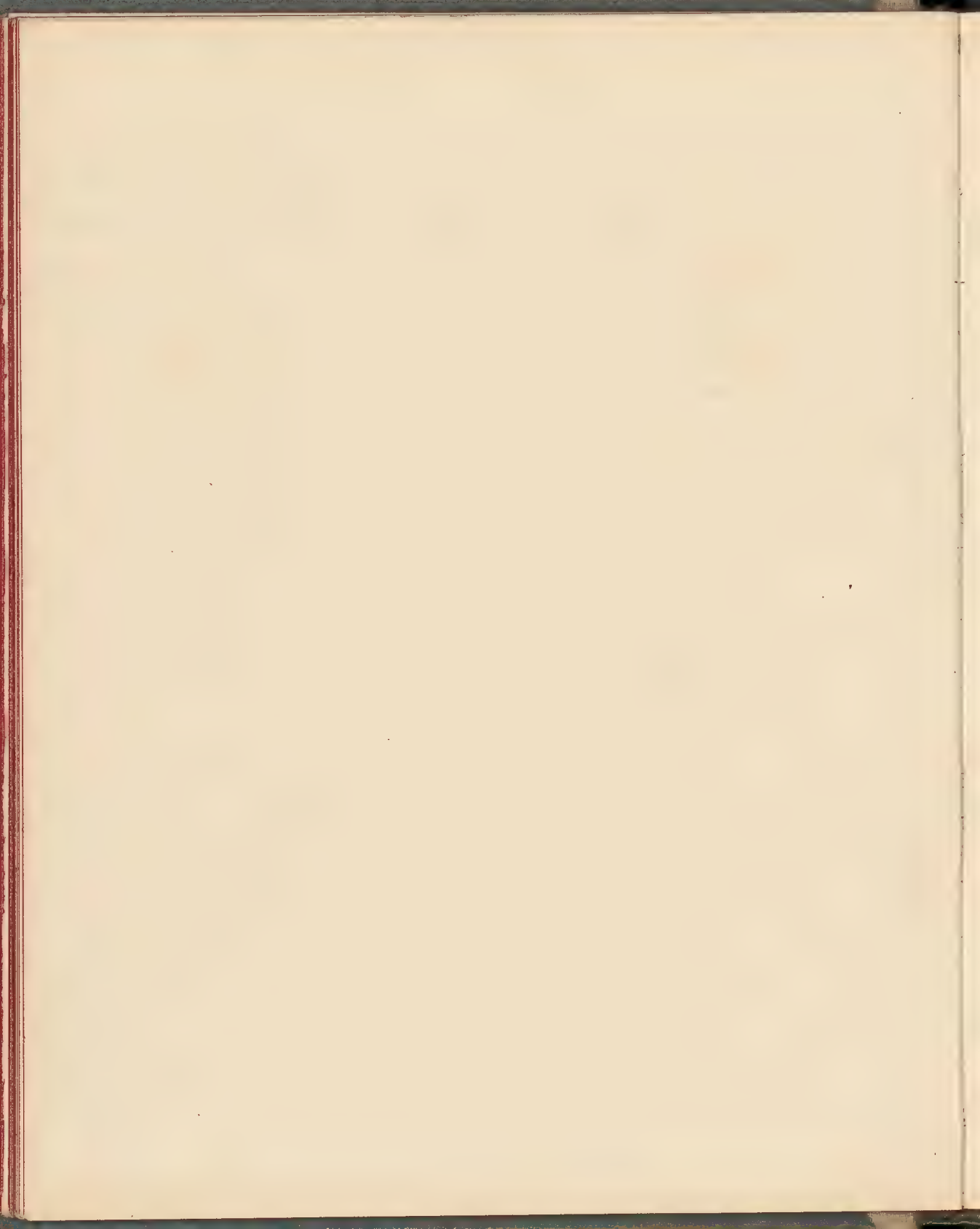
Dans le système nerveux on distingue deux sortes de fibres : des fibres centripètes, [illegible] fibres centrifuges. Les fibres centrifuges sont celles dont le courant nerveux se transmet de la périphérie au centre. Les fibres centripètes sont celles dont le courant nerveux se transmet du centre à la périphérie.

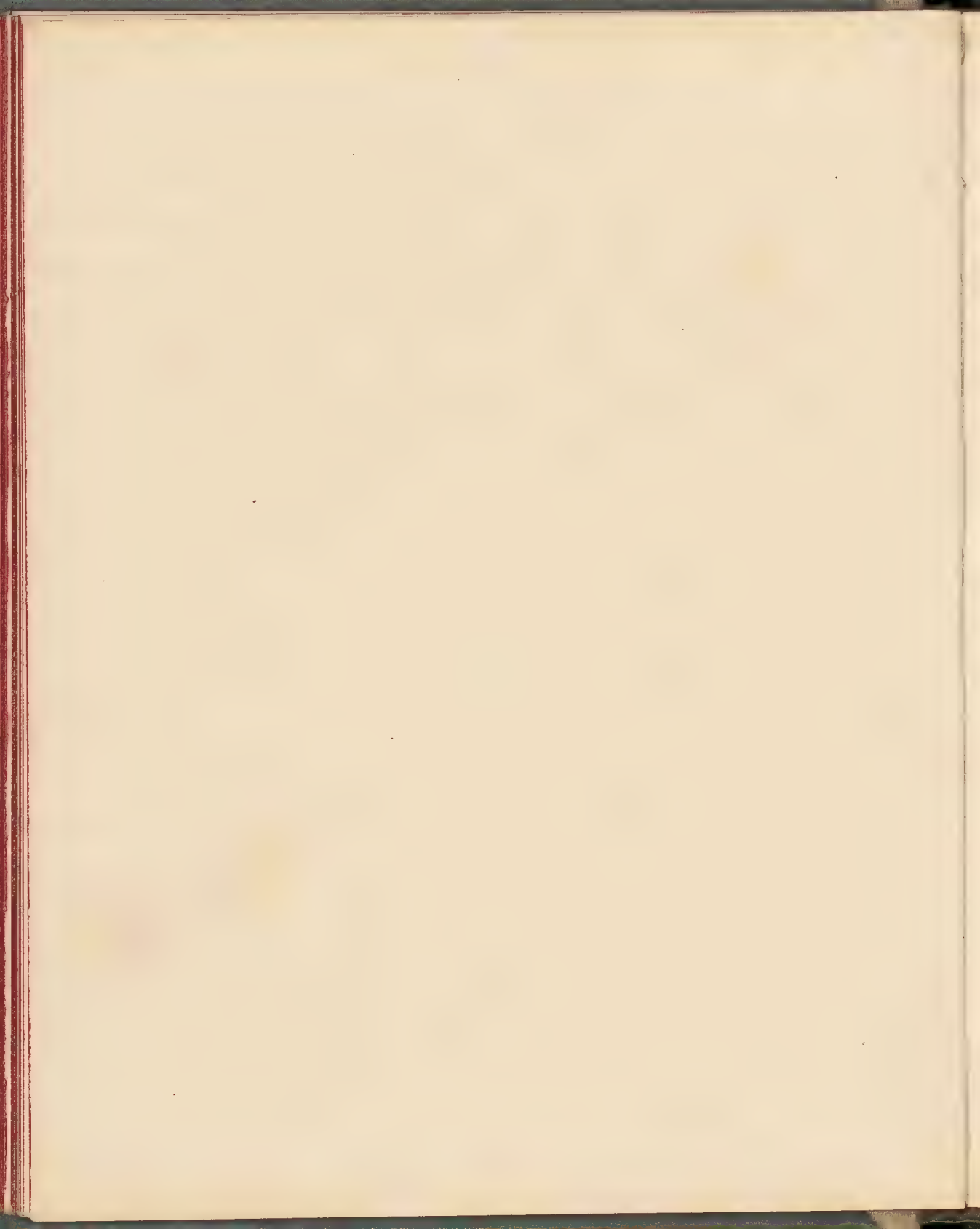
Ces fibres nerveuses (centripètes et centrifuges) s'anastomosant ensemble constituent les fibres mixtes.

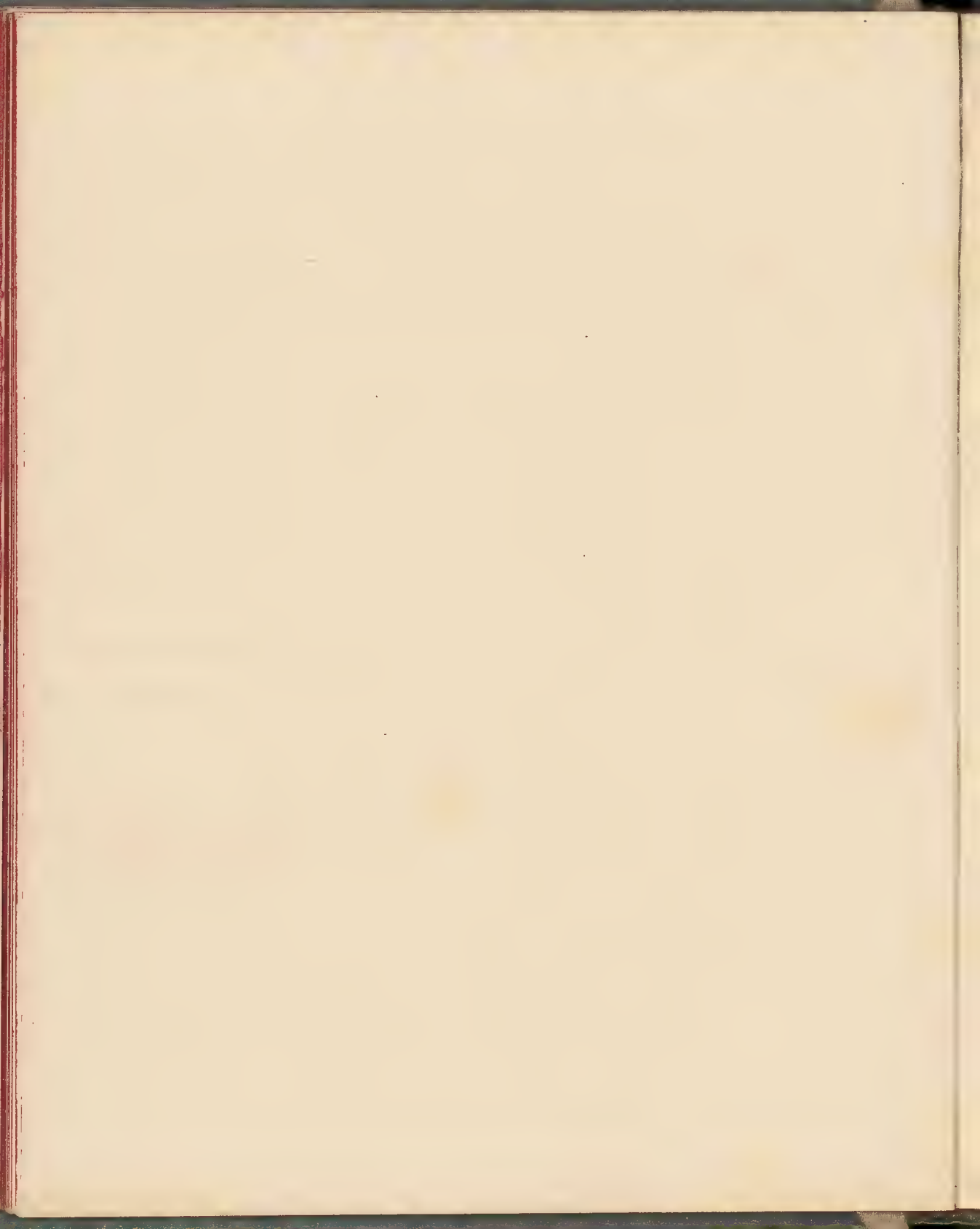
Le bulbe ou moëlle allongée [illegible] à [illegible] moëlle épinière, cette moëlle longe le canal rachidien et se termine au niveau du canal sacré où elle forme la queue de cheval.

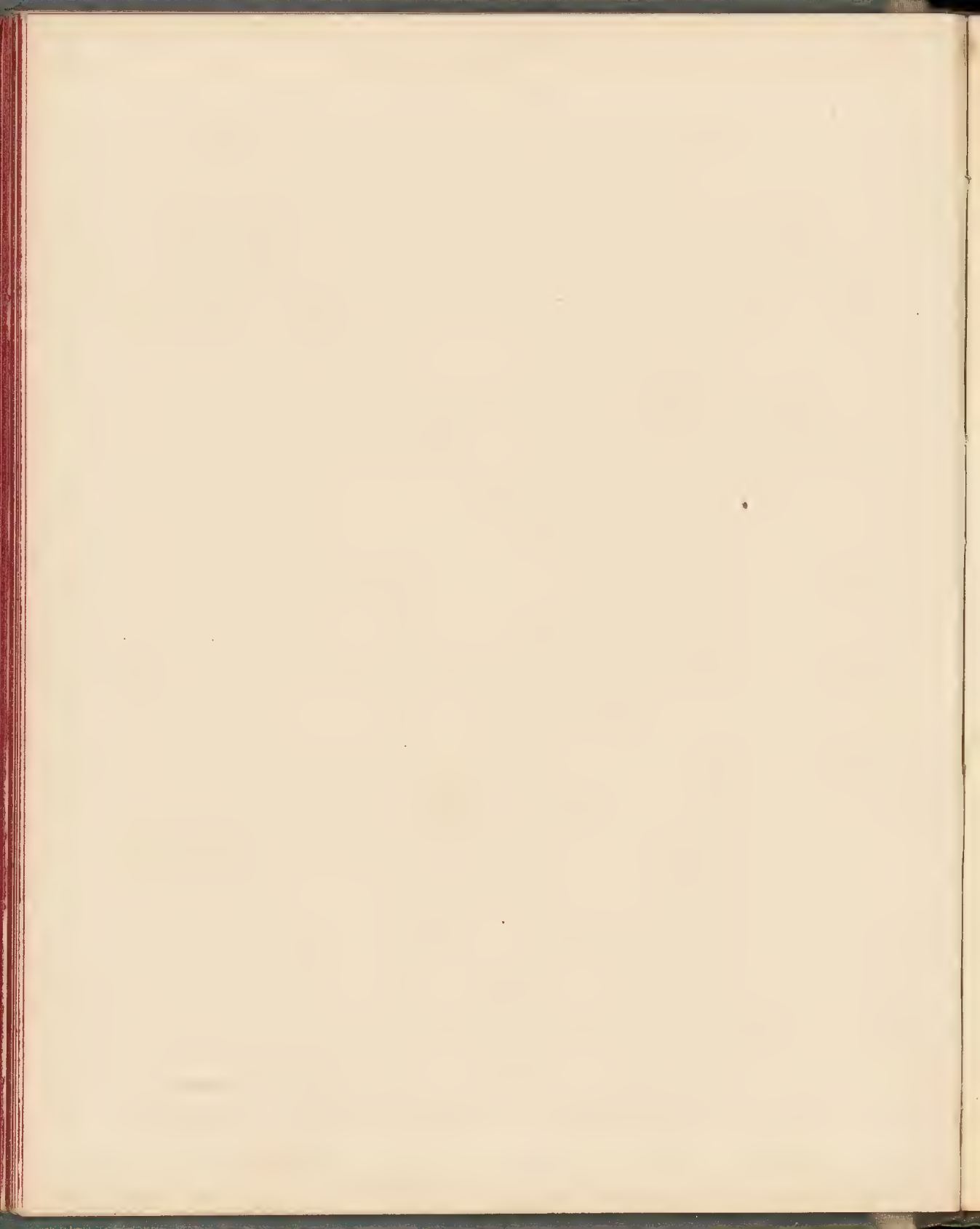
(1) Dépouillée de ses enveloppes, la moëlle pèse 27 grs. en moyenne.

Au centre de la moëlle est un canal appelé canal de l'épendyme qui contient le liquide céphalo-rachidien.
Les 3 membranes du cerveau se continuent dans le canal rachidien et enveloppent la moëlle

(*) La moëlle épinière est un gros cordon de substance nerveuse; elle est formée de 2 substances: la substance grise est au centre, la blanche est à la périphérie. Ce cordon donne naissance de chaque côté a une série de nerfs appelés nerfs rachidiens, ils sont au nombre de 31 paires: huit paires cervicales, douze dorsales, 5 lombaires et six sacrées.
Les nerfs rachidiens naissent de la moëlle par 2 racines: l'une antérieure ou motrice l'autre postérieure ou sensitive.
La racine postérieure présente un renflement appelé ganglion rachidien, ce ganglion a à peu près le volume d'un grain de [illegible]
La racine postérieure se réunit à la racine antérieure pour former le tronc du nerf rachidien. Ce nerf sort du canal rachidien

par les trous de conjugaison.
A leur sortie des trous de conjugaison les nerfs rachidiens se divisent en 2 branches: l'une antérieure, l'autre postérieure.
Les branches antérieures des nerfs rachidiens sont très volumineuses; elles se portent toutes en avant et en dehors, la plupart d'entre elles se réunissent en un certain nombre de groupes nommés plexus d'où partent des branches terminales qui se rendent aux organes, d'autres telles que les branches antérieures des nerfs dorsaux se rendent isolément aux parties auxquelles elles sont destinées.
En les étudiant par ordre on doit décrire: Le plexus cervical. Le plexus brachial. Les nerfs intercostaux (branches antérieures des nerfs dorsaux) Le plexus lombaire. Le plexus sacré. Les branches antérieures des deux derniers nerfs sacrés
Plexus cervical – Le plexus cervical est formé par les anastomoses des 4 premières (?) branches antérieures des 4 premiers nerfs cervicaux. Ce plexus envoie des branches

La branche terminale et inférieure du plexus lombaire et les 4 premiers nerfs sacrés se réunissent pour former le plexus sacré qui est situé dans la concavité du sacrum il fournit un grand nombre de branches aux organes situés dans le bassin, et en bas il donne naissance au nerf le plus volumineux et le plus long du corps appelé nerf sciatique ; à son origine ce nerf a une largeur de [illegible] c. il sort du bassin par la grande échancrure sciatique descend, suit la face postérieure de la cuisse, arrivé au creux poplité il se divise en 2 branches ; une interne ou sciatique poplité interne, une externe où sciatique poplité externe, ces branches se [illegible]

Toutes les branches postérieures des nerfs rachidiens aussitôt après leur sortie des trous de conjugaisons se dirigent en arrière et se distribuent : aux muscles et [illegible] qui recouvrent la partie postérieure du crâne, la nuque, le dos (muscles spinaux) la partie postérieure des épaules et des fesses.

- Bassin osseux -

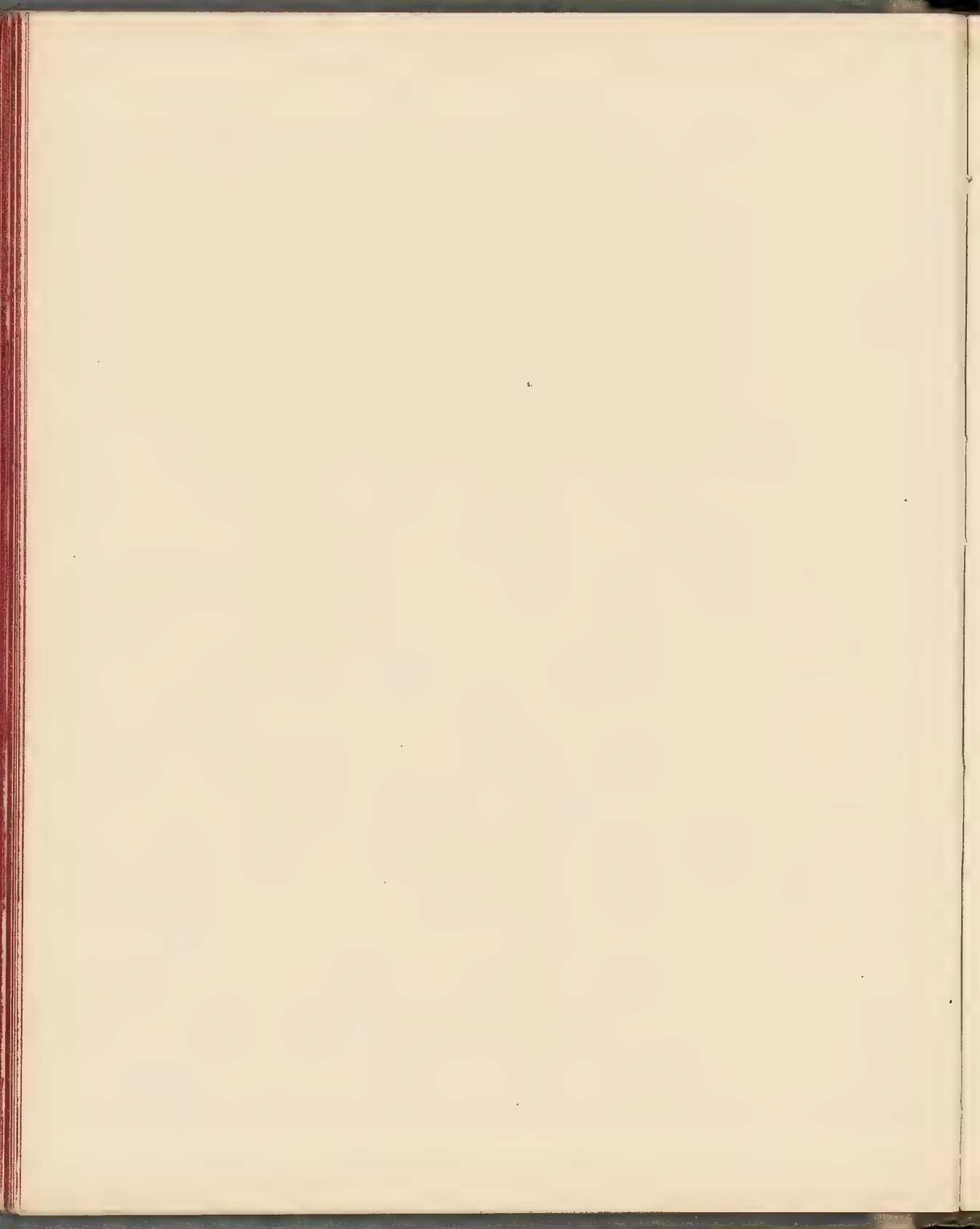
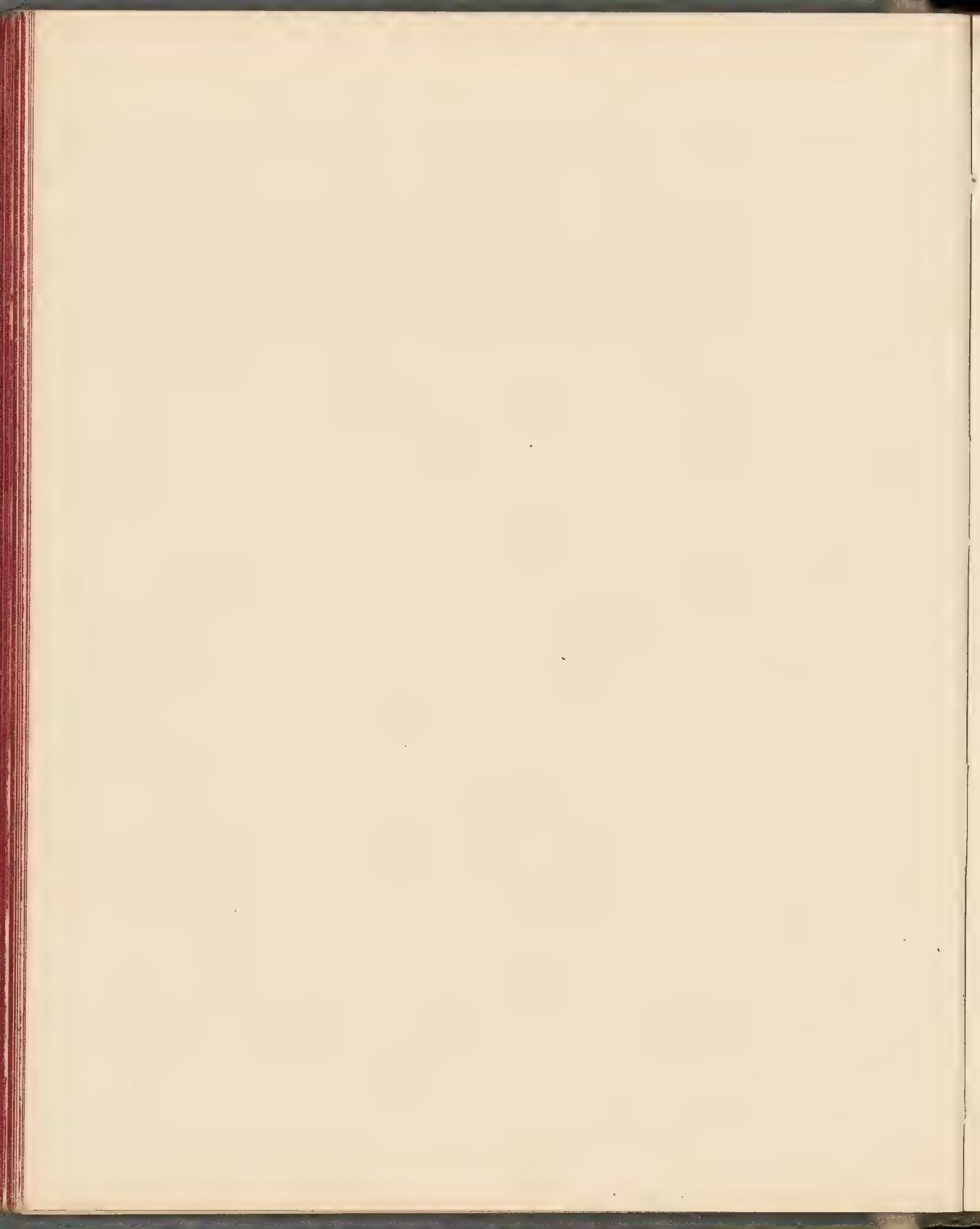
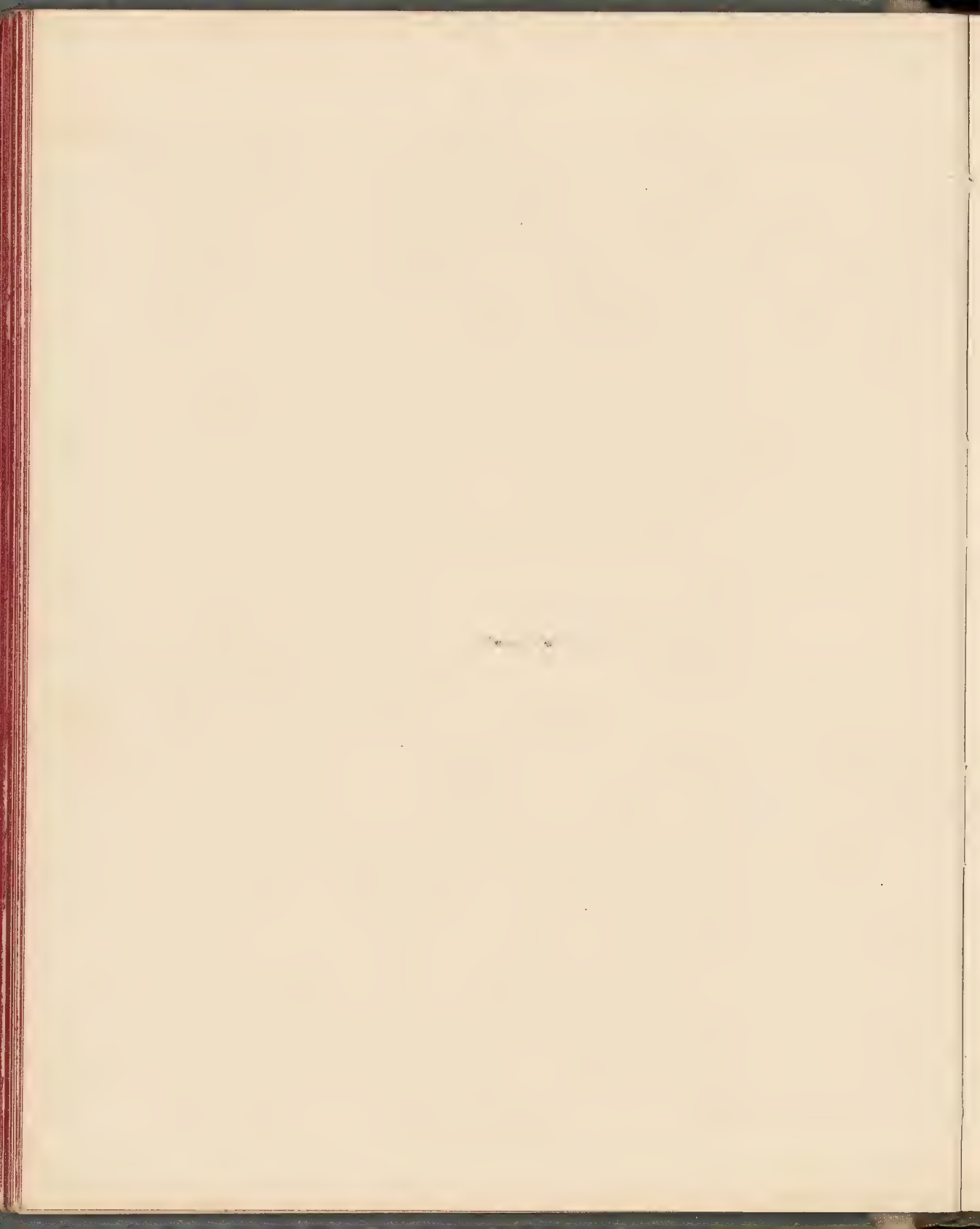
Le bassin est une ceinture osseuse située à la partie inférieure de la colonne vertébrale et audessus des fémurs.
Il a la forme d'un entonnoir.
Il est formé par la réunion de 4 os : 2 impairs situés sur la ligne médiane et en arrière, 2 pairs placés sur les côtés : sacrum, coccyx, et les 2 os iliaques.
Le sacrum est un os impair situé à la partie postérieure du bassin.
Il a la forme d'une pyramide quadrangulaire dont le sommet répond en bas et la base en haut. Il est formé par la réunion de 5 vert[illegible]
On lui étudie : une face antérieure, une face postérieure, deux bords latéraux, une base et un sommet.
La face antérieure est concave (cette concavité est de 2 c½ à l'état normal) sur la ligne médiane on remarque 4 saillies transversales qui résultent de la soudure des vertèbres entre elles, sur les parties latérales existent 4 trous superposés, ce sont [illegible].

plus en dehors, des surfaces creusées en gouttières qui s'étendent vers les bords de l'os. Le sacrum dans l'enfance est formé de cinq vertèbres sacrées qui se réunissent entre elles et dont la soudure est complète vers l'âge de 18 ans.

La face postérieure est convexe, et présente des inégalités, sur la ligne médiane on remarque une série d'éminences qui continuent les apophyses épineuses de la colonne vertébrale et constituent la crête sacrée. En bas la crête sacrée se bifurque et forme les cornes du sacrum, sur les parties latérales on remarque des gouttières sacrées dans lesquelles s'ouvrent les trous sacrés postérieurs; en dehors de ces trous sacrés on voit des saillies inégales sur lesquelles s'insèrent des faisceaux fibreux. Les bords latéraux du sacrum se divisent en 2 parties: une supérieure et l'inférieure. à la partie supérieure on remarque une surface articulaire ou auriculaire destinée à l'articulation du sacrum avec l'os iliaque. La partie inférieure des bords latéraux est plus mince et donne insertion aux [illegible]

sacro-sciatiques.

La base du sacrum présente à sa partie médiane, une surface articulaire destinée à s'articuler avec la face inférieure de la 5me vertèbre lombaire, ces 2 articulations réunies au moyen de ligaments forment l'angle sacro-vertébral ou promontoire. De chaque côté de cette surface articulaire on remarque l'aileron du sacrum qui présente à sa face antérieure un rebord arrondi: le rebord mousse.

En arrière de la surface articulaire on voit l'ouverture triangulaire du canal sacré, en dehors de cet orifice on voit 2 apophyses ascendantes destinées à s'articuler avec les apophyses descendantes de la 5me vertèbre lombaire.

Le sommet du sacrum est dirigé en bas il présente une surface articulaire destinée à s'articuler avec le coccyx.

Le coccyx est un petit os triangulaire qui fait suite au sacrum et termine la colonne vertébrale, il est formé par la réunion de 4 petites vertèbres, il présente à son extrémité supérieure 1 surface articulaire et 2 cornes destinées à s'articuler avec le sommet du sacrum.

L'os iliaque est un os pair asymétrique qui forme les parois antéro-latérales du bassin.
Il est formé par 3 os distincts dans l'enfance : l'ilium, l'ischion et le pubis, ces os se soudent entre eux au fond de la cavité cotyloïde, cette soudure est complète vers l'âge de 15 ans.
Cet os à la forme d'une aile de moulin à vent.
On lui étudie une face interne, une face externe et une circonférence.
La circonférence comprend 4 bords : un antérieur un postér, un supér. un inférieur.
On a divisé la face interne en 2 parties : une supér, une infér. ces 2 parties sont séparées par la ligne innominée.
La partie supérieure appelée fosse iliaq. interne est concave et lisse et donne insertion au muscle iliaque.
en arrière on voit une surface articulaire destinée à s'articuler avec la surface articulaire du sacrum.
Au dessous de la ligne innominée c'est-à-dire

à la partie inférieure de l'os on remarque une surface plane et quadrangulaire appelé plancher cotyloïdien qui correspond à la cavité cotyloïde, les faces internes de la branche horizontale des pubis, du corps des pubis, de la branche ischio-pubienne, le trou sous-pubien, obturateur, ou triangulaire.
Pour étudier la face externe on l'a divisée en 2 parties: supér et inf. ... la cavité cotyloïde, cette cavité est destinée à recevoir la tête du fémur.
La partie supérieure est convexe à sa partie antérieure, concave à sa partie postérieure et donne insertion aux muscles petit, grand, moyen fessiers.
Au dessous de la cavité cotyloïde on voit le trou obturateur de forme triangulaire, les faces externes des branches horizontales et ischio-pubienne, la face externe du corps des pubis et de l'ischion.
Le bord antérieur de l'os présente: l'épine iliaq. antér. et supér., une échancrure, l'épine iliaq antér.-infér., une échancrure, la ligne innominée, l'éminence ilio-pectinée

la branche horizontale du pubis, l'épine et l'angle du pubis, la surface articulaire. ~~Le bord~~ inf. présente la branche ischio-pubienne et la tubérosité de l'ischion.
Le ~~bord~~ poster.: l'ischion, la petite échancrure sciatique, l'épine sciatique, la gr. échancrure sciatiq. l'épine iliaq. postéro-inf., une échancrure l'épine iliaq. postéro-supérieure.
Le bord ~~supérieur~~ est épais il a la forme d'une S. italique et présente une crête appelée: crête iliaq. qui présente 2 lèvres et une interstice qui donne insertion aux muscles des parois abdominales.
Ces os sont réunis entre eux au moyen d'articulations appelées amphyarthroses ou symphyses.

– Articulations –

Les articulations du bassin sont au nombre de quatre: la symphyse pubienne, les deux symphyses sacro-iliaques et la sacro-coccygienne.
La symphyse pubienne ~~se compose~~ de 2 surfaces articulaires taillées en biseau au dépend de

Le fibro-cartilage 2 parties : une partie centrale molle, une périphérique résistante ; pendant la grossesse ce fibro-cartilage forme un bourrelet à sa face postér., appelé bourrelet ~~pubien~~.
Les ligaments périphériques sont formés par le périoste épaissi.

L'articulation sacro-iliaque peut être le siège d'arthrite (inflammation) ou de tumeur osseuse.

Il y a ankylose du coccyx vers l'âge de 40 ans.

face antérieure de l'os, un fibro-cartilage et de 4 ligaments périphériques : un antér. un postér. 1 supér. un inférieur ou triangulaire ; ce ligament est le plus important à connaître, il sert de point de repère pour la mensuration du bassin ; et c'est sous lui
~~La~~ symphyse sacro-iliaq. se compose également de 2 surfaces articulaires rugueuses (app. la forme d'une oreille humaine) d'un fibro-cartilage, d'une synoviale rudimentaire et de 4 lig. périphériques. Deux ligaments extra-articulaires : le petit et le gd. ligament sacro-sciatique qui concourent à consolider l'articulation.
x L'articulation sacro-coccygienne à peu près même
Ces os réunis entre eux au moyen d'articulations forme le bassin osseux.
Pour étudier le bassin on l'a divisé en 2 parties : grand et petit bassin séparés par le détroit supérieur.
Le grand bassin est toute la partie située au dessus du détroit supérieur
Le petit bassin appelé aussi excavation est limité en haut par le détroit supérieur ; en bas par le détroit inférieur

Le détroit supérieur est formé en allant d'arrière en avant : par l'angle sacro-vertébral ou promontoire, le rebord mousse de l'aileron du sacrum, la partie moyenne de la symphyse sacro-iliaque, la ligne innominée, l'éminence ilio-pectinée, la branche horizontale du pubis, l'épine et l'angle du pubis et la partie supér. de la symphyse pubienne.

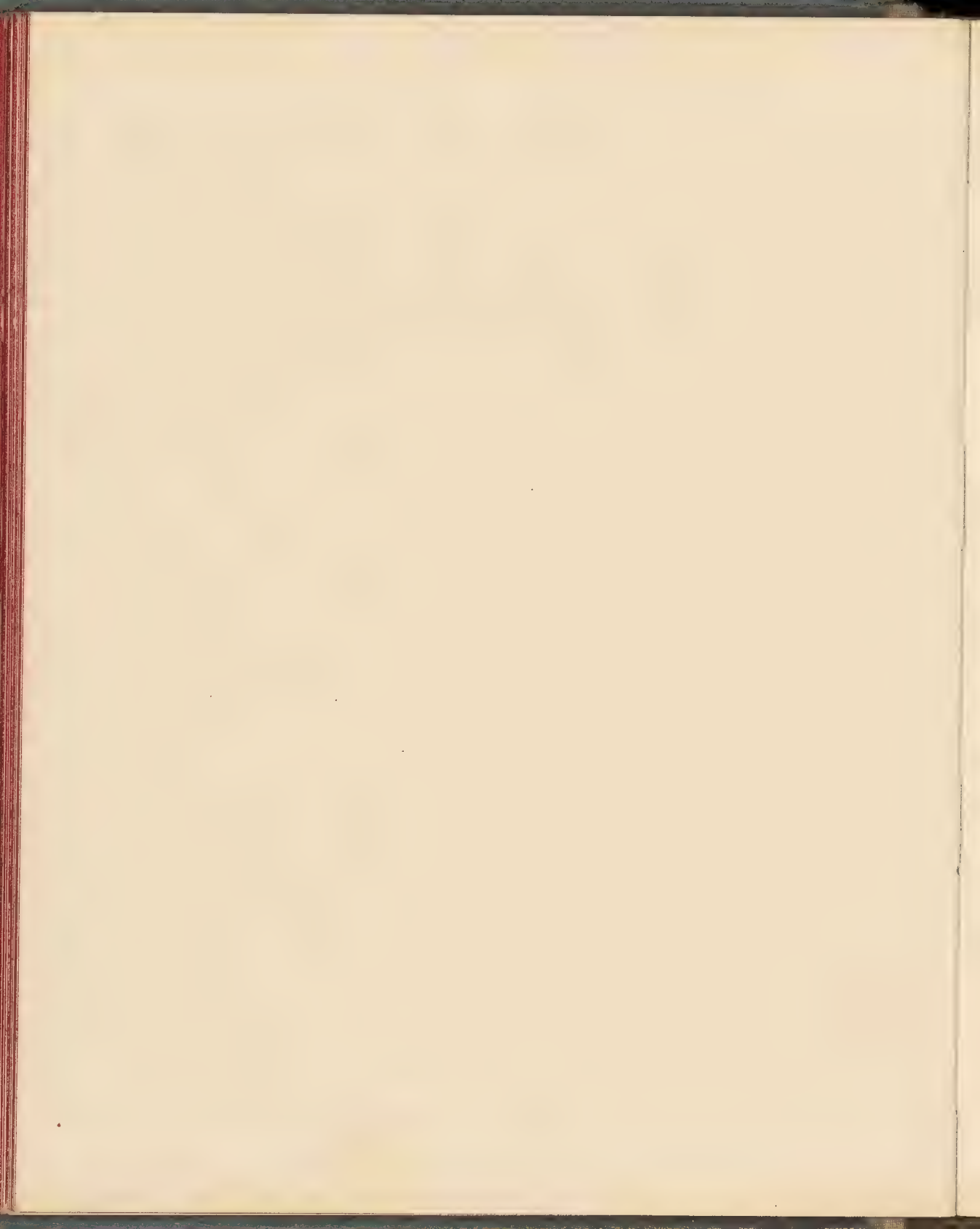
Le détroit inférieur, en allant d'arrière en avant : le coccyx, la partie infér. des ligaments sacro-sciatiques, l'ischion, la branche ascendante de l'ischion et la partie infér. de la symphyse pubienne.

L'excavation mesure dans le sens vertical : en arrière 14c., sur les parties latérales 10c. la symphyse pubienne 4c. (Variable.)

Le grd. et le petit bassin sont tapissés à l'intérieur et à l'extérieur par des parties molles. Ils contiennent des viscères à l'intérieur. Le détroit inférieur est fermé par le plancher périnéal qui est un ensemble de parties molles. Ce plancher est percé de 3 orifices qui livre passage au rectum, au vagin et à l'urètre.

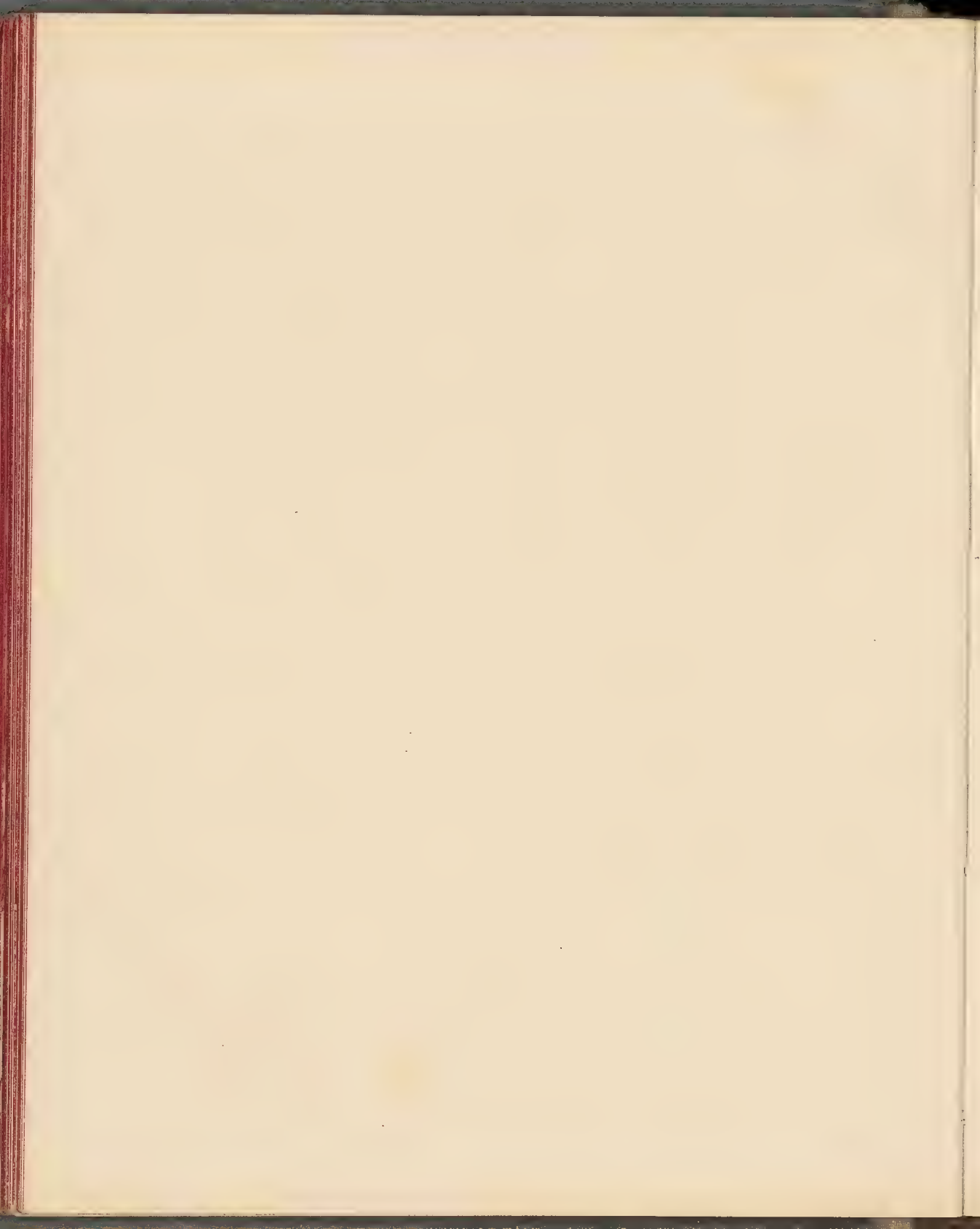
Le diamètre transverse du détroit supérieur se trouve rétréci par suite des partiées molles qui se trouvent à ses aboutissants (psoas iliaq.) c'est pour cela qu'au moment de l'engagement, la tête fœtale s'accomodant, s'engage dans le diamè oblique qui est le plus grand.

– Diamètres du bassin –

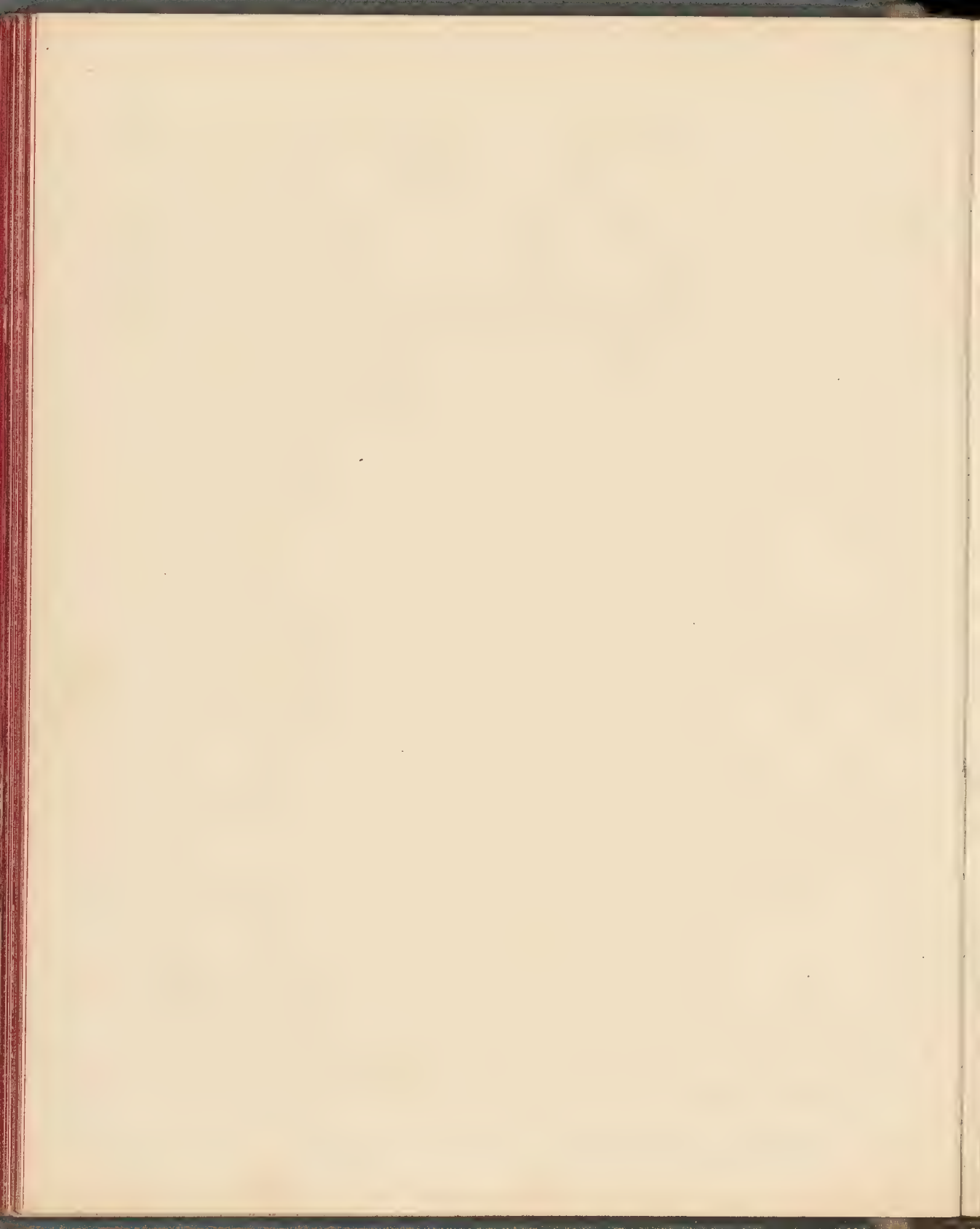
Les diamètres les plus importants à connaître sont ceux : du détroit supérieur, de l'excavation, du détroit inférieur.
Il y a un autre diamètre très important c'est le diamètre du détroit moyen très bien décrit par Monsieur Budin et sur lequel Monsieur Brindeau (son interne) à beaucoup insisté dans sa thèse en 1896.
x Les diamètres du détroit supérieur sont au nombre de 4 : le diamètre antéro-postér qui part de la partie supér. de la symphyse pubienne pour aboutir au promontoire, mesure 11c. le diamètre oblique gauche qui part de l'éminence ilio-pectinée gauche pour aboutir à la symphyse sacro-iliaque mesure 12c. le diamètre oblique droit part éminence ilio-pectinée droite pour about. symphyse sacro-iliaq. gauche 12c. le diamètre transverse plus rapproché du ~~promontoire~~ que de la symphyse pubienne part de la partie moyenne de la ligne innominée

pour aboutir à celle du côté opposé mesure 13 a 13c. 1/2.

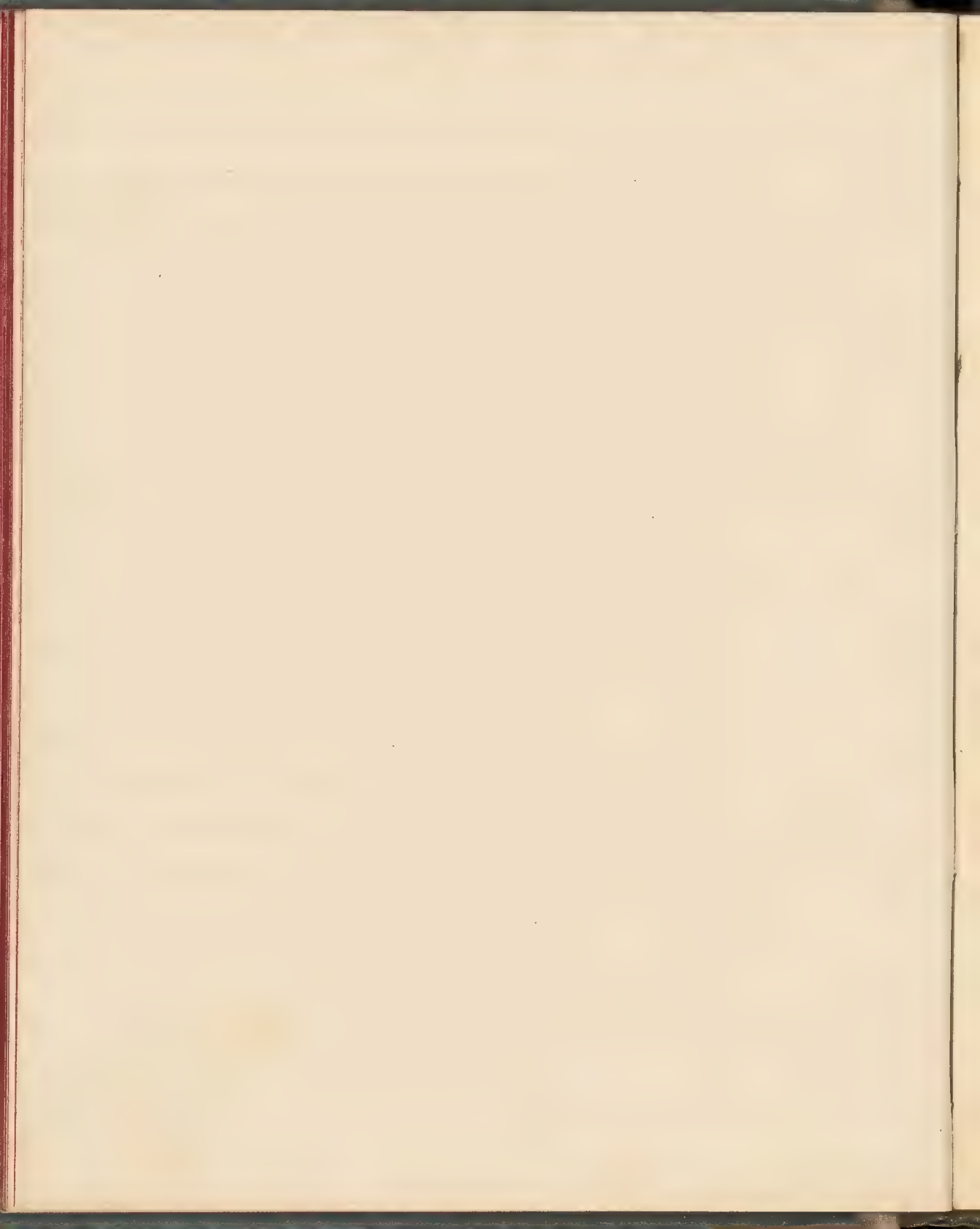
Les diamètres de l'excavation [illegible] tous de 12c. le diamètre antéro-postér. part de la partie moyenne de la symphyse pubienne pour aboutir à la partie moyenne du sacrum. Les diamètres obliques partent de la partie moyenne du trou obturateur pour aboutir à la partie moyenne de la grd. échancrure sciatique. le diamètre transverse s'étend d'un plancher cotyloïdien à l'autre.

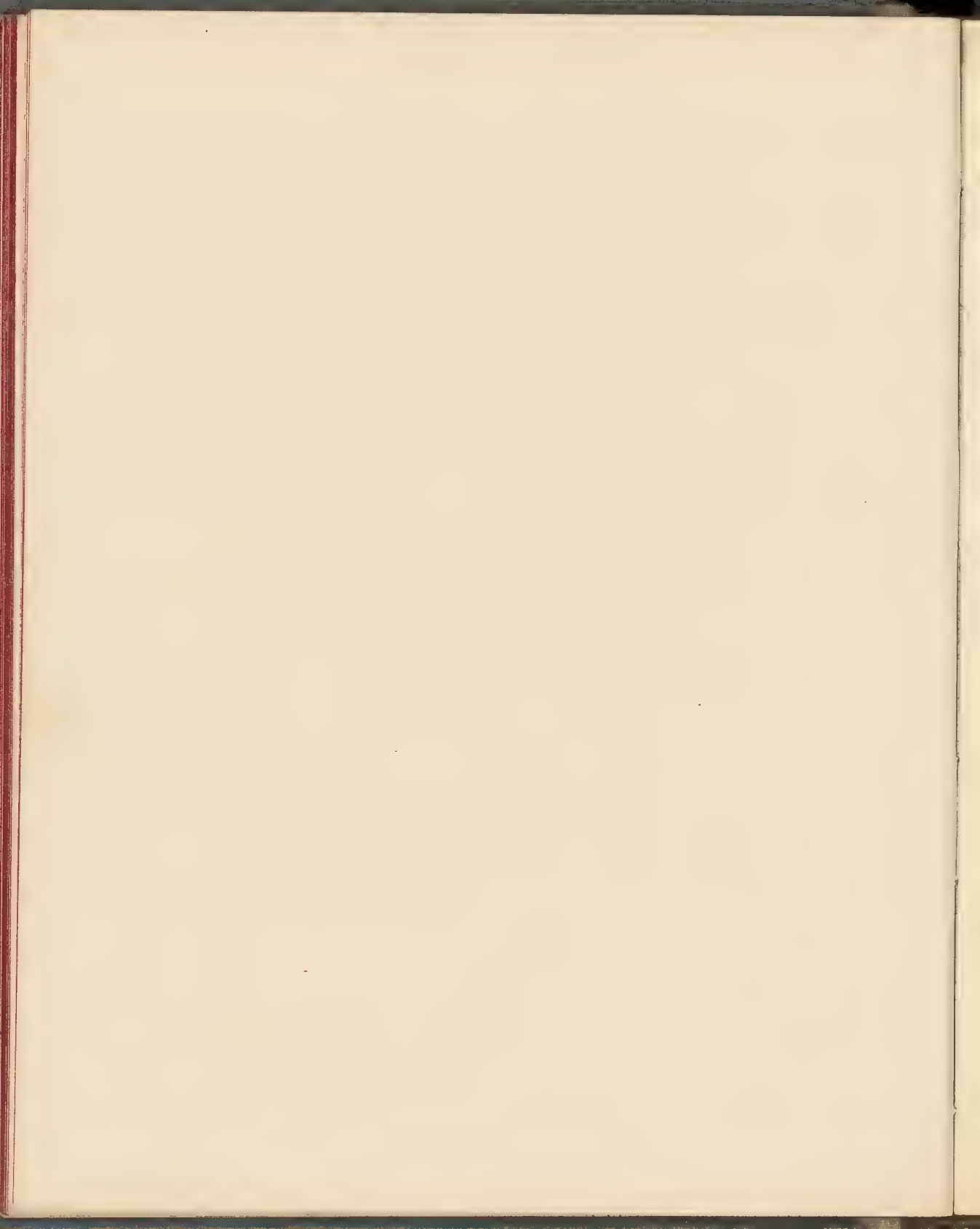
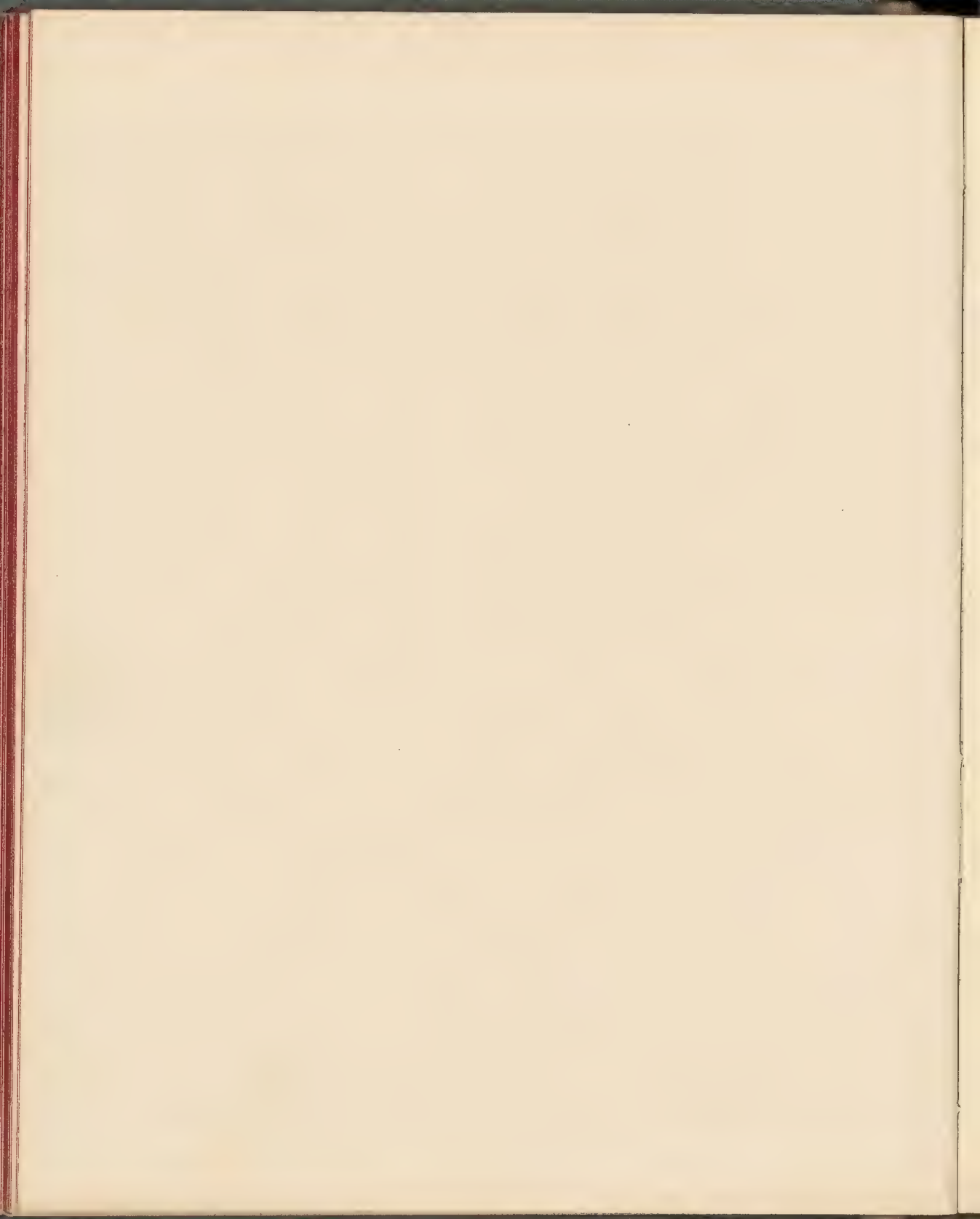
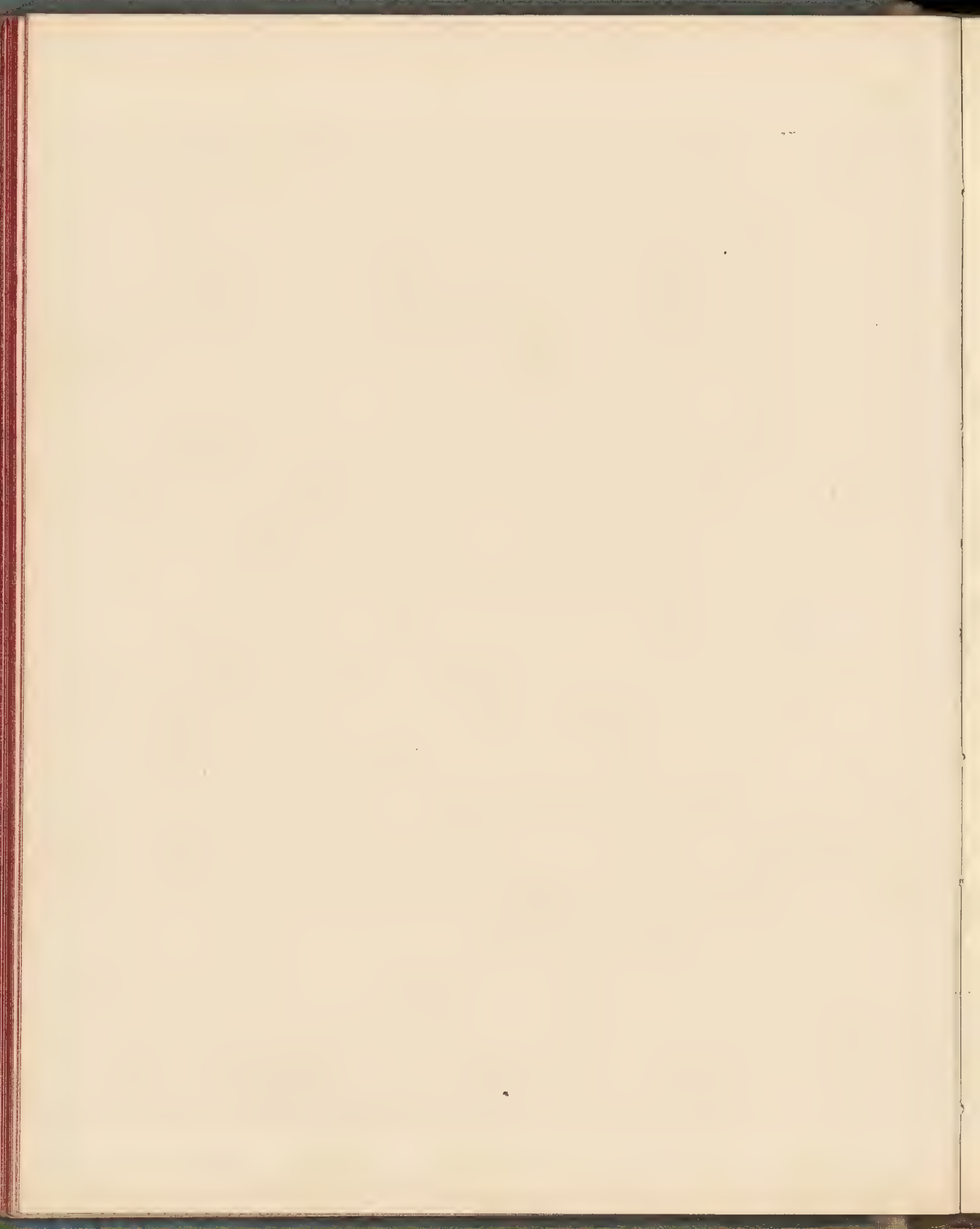
Diamètres du détroit inférieur. Le diamètre antéro-posterieur qui part de la partie inférieur de la symphyse pubienne pour aboutir à la pointe du coccyx mesure 9c. au moment de l'accouchement par suite de la rétropulsion du coccyx ce diamètre peut mesurer de 11 a 12 c. les diamètres obliques partent de la partie moyenne de la branche ischio-pubienne pour aboutir à la partie moyenne du ligament sacro-sciatique du côté opposé mesurent 11c.

Le diamètre transverse qui va d'un ischion à l'autre mesure 11c.

Le diamètre du détroit moyen qui s'étend d'une épine sciatique à l'autre . . . = 10c.
Le rétrécissement de ce diamètre se rencontre dans le bassin cyphotique.

— Plancher périnéal —

Le plancher périnéal est une sangle musculo aponévrotique qui ferme le bassin osseux inférieurement.
Ce plancher est percé de 3 orifices qui livrent passage au rectum, au vagin et à l'urèthre.
Il présente de dehors en dedans : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, des muscles, des aponévroses, des vaisseaux et des nerfs.
La peau est pigmentée et présente sur la ligne médiane le sillon interfessier qui présente à sa face interne un raphé fibreux qui s'étend de la vulve à l'anus. Elle est percée de 2 orifices : l'orifice anal et la vulve.
Le tissu cellulaire est plus ou moins abondant, [illegible]sant au niveau des fosses ischio-rectales.
Les aponévroses sont au nombre de quatre ;

une superficielle, une moyenne, une profonde, et l'aponévrose pelvienne supérieure.
Les 3 premières sont triangulaires, leur bord postérieur s'étend d'un ischion à l'autre.
L'aponévrose pelvienne supérieure s'insère sur tout le pourtour du détroit supérieur elle se continue avec le facia-iliaca ou aponévrose du psoas-iliaque.
L'aponévrose profonde est triangulaire, elle s'insère à la lèvre interne des branches ischio-pubienne, à la face interne de la symphyse pubienne, et à sa partie posté(r), s'étend d'un ischion à l'autre.
L'aponévrose moyenne s'insère en avant à la symphyse pubienne, à l'interstice de la branche ischio-pubienne et à son bord postér, à les mêmes insertions que la précédente.
L'aponévrose superficielle est située au-dessus du tissu cellulaire, elle s'insère en avant à la symphyse pubienne, sur les parties latérales à la lèvre externe des branches ischio-pubiennes et en arrière va d'un ischion à l'autre.

Ces aponévroses circonscrivent 3 loges, contenant dans leur intérieur: des muscles, des vaisseaux et des nerfs.
La loge superficielle ou espace compris entre l'aponévrose superficielle et le ligament de Carcassone, contient plusieurs muscles: le plus superficiel est le transverse du périnée, ensuite l'ischio-caverneux, le bulbo-caverneux ou constricteur du vagin, ou constricteur Cluny, en arrière: le sphincter externe de l'anus et l'ischio-coccygien.
Le transverse du périnée est un muscle pair, triangulaire, il s'insère par des fibres tendineuses, de la tubérosité (face interne) de l'ischion, et d'autre part va s'insérer sur le raphé fibreux avec celui du côté opposé. L'action de ce muscle est de fixer le raphé fibreux sur lequel vient prendre point d'appui le constricteur du vagin.
L'ischio-caverneux est un muscle pair il s'insère en avant sur la partie infér. et latérale du clitoris, embrasse les corps

caverneux ou racines du clitoris, ~~xxx~~ ses parties latérales s'insèrent sur les branches ischio-pubiennes et sur l'ischion.

Le bulbo-caverneux ou constricteur du vagin s'insère en avant sur la face dorsale du clitoris, entoure le vagin, recouvre les glandes de Bartholin, les bulbes du vagin, les bulbes de l'urèthre et va s'insérer en arrière sur le raphé fibreux.
Ce muscle joue le rôle de sphincter, il rétrécit l'entrée du vagin, comprime le bulbe du vagin, les glandes de Bartholin et la veine dorsale du clitoris.
En arrière de ces muscles est le sphincter externe de l'anus. Il s'insère au coccyx et sur la peau de cette région contourne l'anus et vient s'insérer sur le raphé fibreux et forme avec le constricteur du vagin un 8 de chiffre.
Le ligament de Carcassone se divise en 2 feuillets: un inférieur, ou aponévrose moyenne, un supérieur, ou aponévrose profonde, c'est entre ces aponévroses que l'on trouve la

loge moyenne qui contient les vaisseaux ~~et~~ les nerfs et ~~les~~ muscle de Guthrie analogue au muscle transverse.
Les artères viennent de la honteuse interne et des hémorroïdales, les veines suivent le trajet des artères et se jettent dans le plexus vésical. Les lymphatiques se rendent aux ganglions de l'aine, les nerfs viennent du honteux interne.
Le releveur de l'anus est situé dans la loge profonde, espace compris entre l'aponévrose périnéale profonde et aponévrose pelvienne supérieure,
Ce muscle en se réunissant à l'ischio-coccygien situé en arrière ferme complètement le détroit inférieur. C'est un muscle pair on lui étudie un bord externe, un bord interne et un bord postérieur, une face supérieure, une face inférieure.
Par son bord externe il s'insère sur la face postérieure du corps du pubis, sur la bandelette pubio-sciatique qui va du pubis à l'épine sciatique.
Le bord interne s'insère à la ~~partie~~ postérieure

des pubis, contourne l'urèthre et le vagin va s'insérer sur le raphé fibreux qui s'étend du vagin au rectum, contourne le rectum et va s'insérer à la face postér. du sacrum et du coccyx. ......
Le bord postérieur va se mettre en contact avec le bord interne du muscle ischio-coccygien.
La face supérieure est concave, elle est recouverte par l'aponévrose pelvienne supérieure dont elle en est séparée par une mince couche de tissu cellulaire.
En arrière du releveur de l'anus on trouve le muscle ischio-coccygien, c'est un muscle peu important, il s'insère en avant un peu sur la membrane obturatrice, sur l'épine sciatique, sur la face postérieur du petit ligament sacro-sciatique, sur le coccyx. Son action est de maintenir le coccyx.
La face inférieure du releveur de l'anus est convexe par suite de son adossement au muscle ischio-coccygien il limite en arrière des fosses triangulaires remplies par du tissu cellulaire, ces fosses sont appelées ischio-rectales.

Actions — Le releveur de l'anus soutient les organes pelviens et au moment défécation il élève le rectum.

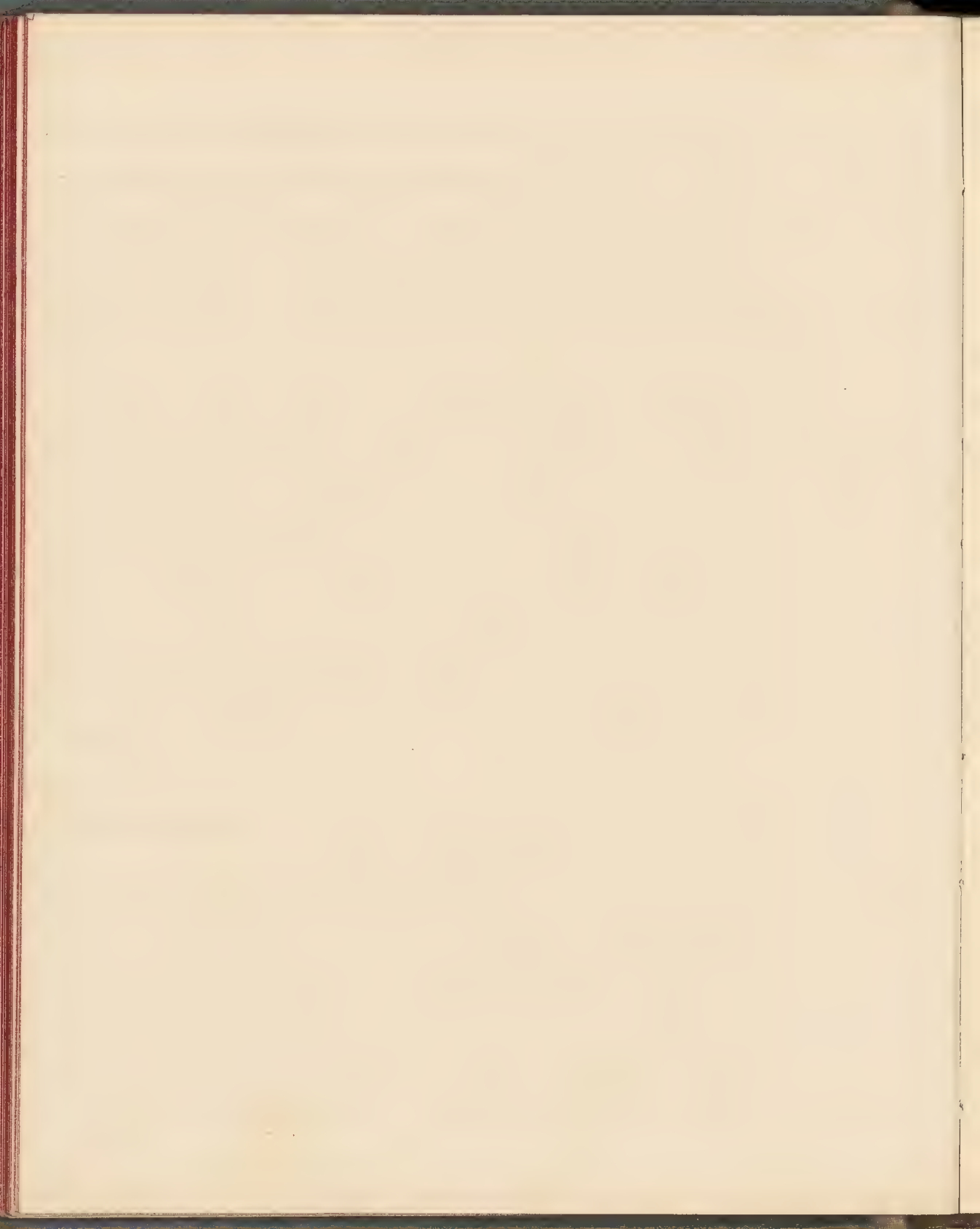
Il forme un diaphragme complet, au moment du phénomène de l'effort il devient plan en même temps que le diaphragme par suite de la contraction de ses muscles, le diamètre vertical se trouve diminué les muscles abdominaux se contractent également la cavité abdominale se trouve donc rétrécie dans tous ses diamètres, le contenu des organes est chassé.

Vaginisme. Contracture du constricteur du vagin et du releveur de l'anus.

Relâchement des muscles. Le relâchement des muscles du plancher périnéal amène le prolapsus de l'utérus ou du rectum.

— Suite des parties molles —

Le bassin est tapissé à l'extérieur par la peau, le tissu cellulaire, une aponévrose et des muscles.

~~Sur~~ La face externe de la fosse iliaque est tapissée par 3 muscles: le grand [illegible]

et le petit fessier, ces 3 muscles vont s'insérer au grand trochanter, il sont recouvert par une aponévrose qui se continue avec l'aponévrose des muscles de la cuisse.
Ils adhèrent à l'os par une mince couche de tissu cellulaire.
En avant du trou obturateur on voit un autre muscle qui est le muscle obturateur externe, il s'insère à la membrane obturatrice et à tout le pourtour du trou obturateur et va s'insérer dans la cavité digitale du grand trochanter.
L'intérieur du bassin est tapissé également par des 3 muscles à sa partie supérieure: le muscle iliaque, le grd. psoas et le petit psoas.
Le muscle iliaq. s'insère sur la fosse iliaq. interne. (Il la tapisse)
Le grand psoas s'insère sur les parties latérales du corps de la 12me vertèbre dorsale et des 4 premières lombaires, sur les disques inter-vertébraux et à la base des apophyses transverses, au fur à mesure qu'il s'abaisse il devient de plus en plus volumineux.

Les muscles psoas-iliaques sont fléchisseurs de la cuisse sur le bassin.

Les muscles iliaque et psoas sont séparés par une petite [illegible] qui loge le nerf crural.

arrivé à la partie inférieure de la colonne vertébrale il s'unit au muscle iliaque et prend le nom de psoas iliaque, il contourne le détroit supérieur, les tendons de ces muscles s'unissent pour en former qu'un seul qui va s'insérer à la partie supérieure du petit trochanter.

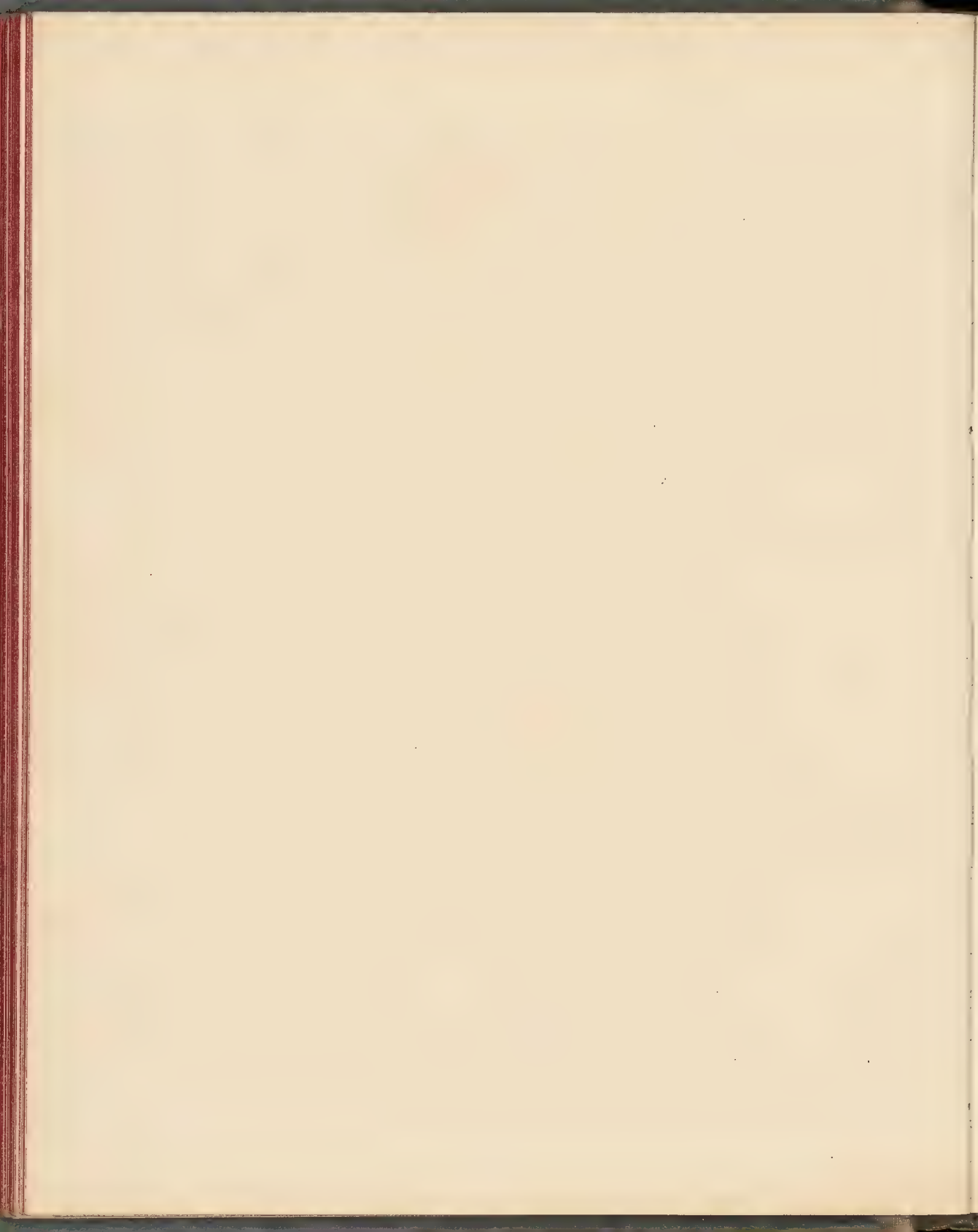
Le petit psoas est un muscle fusiforme, il passe en avant du grand psoas, il s'insère supérieurement sur les apophyses transverses de la 12^me^ vertèbre dorsale et des 2 premières lombaires, il s'insère inférieurement à l'éminence ilio-pectinée, ces muscles sont recouvert par une aponévrose (le facia iliaca) cette aponévrose a sa partie supérieure à la même insertion que les muscles, à sa partie supérieure elle coiffe les muscles, s'insère en avant des corps des vertèbres en laissant des orifices par où passe les vaisseaux et les nerfs; à sa partie inférieure elle s'insère sur la crête iliaque et sur le ligament de Fallope et envoie une petite bandelette à sa partie moyenne c'est la bandelette ilio-pectinée.

(1) Le pyramidal et l'obturateur interne sont recouvert par des aponévroses

ce facia iliaca se continue avec l'aponévrose pelvienne supérieure qui ferme le détroit supérieur.

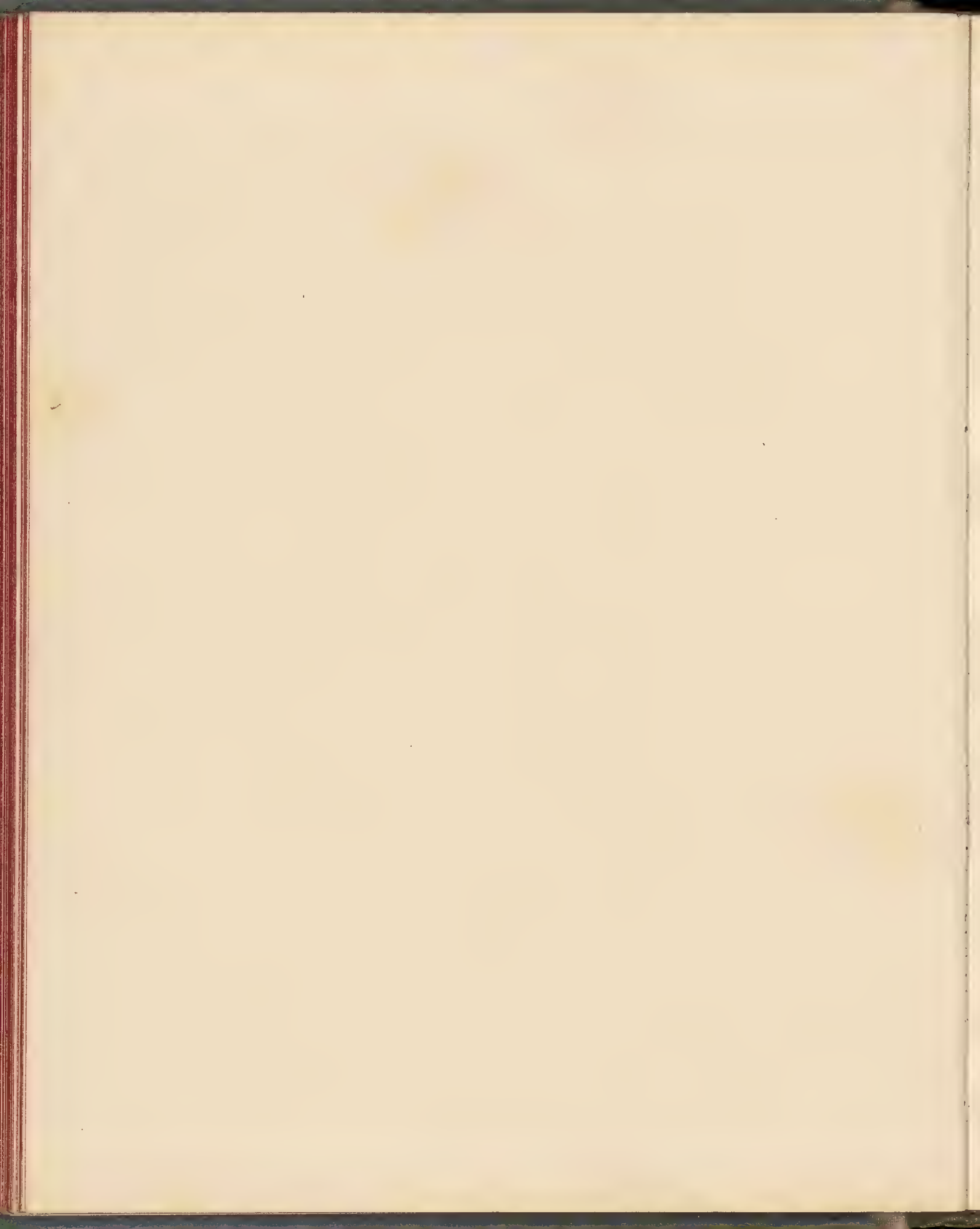
Le facia iliaca est séparé des muscles par une couche de tissu cellulaire, une couche cellulaire le sépare également du péritoine. Il peut y avoir inflammation de ce tissu cellulaire amenant des abcès superficiels ou profonds.

Le pyramidal est un muscle pair qui tapisse le petit bassin postérieurement, il s'insère par des digitations entre les trous sacrés antérieurs, ces faisceaux se réunissent pour n'en former qu'un seul qui passe par le grand trou sciatique et va s'insérer au grand trochanter. Ce muscle est abducteur de la cuisse.

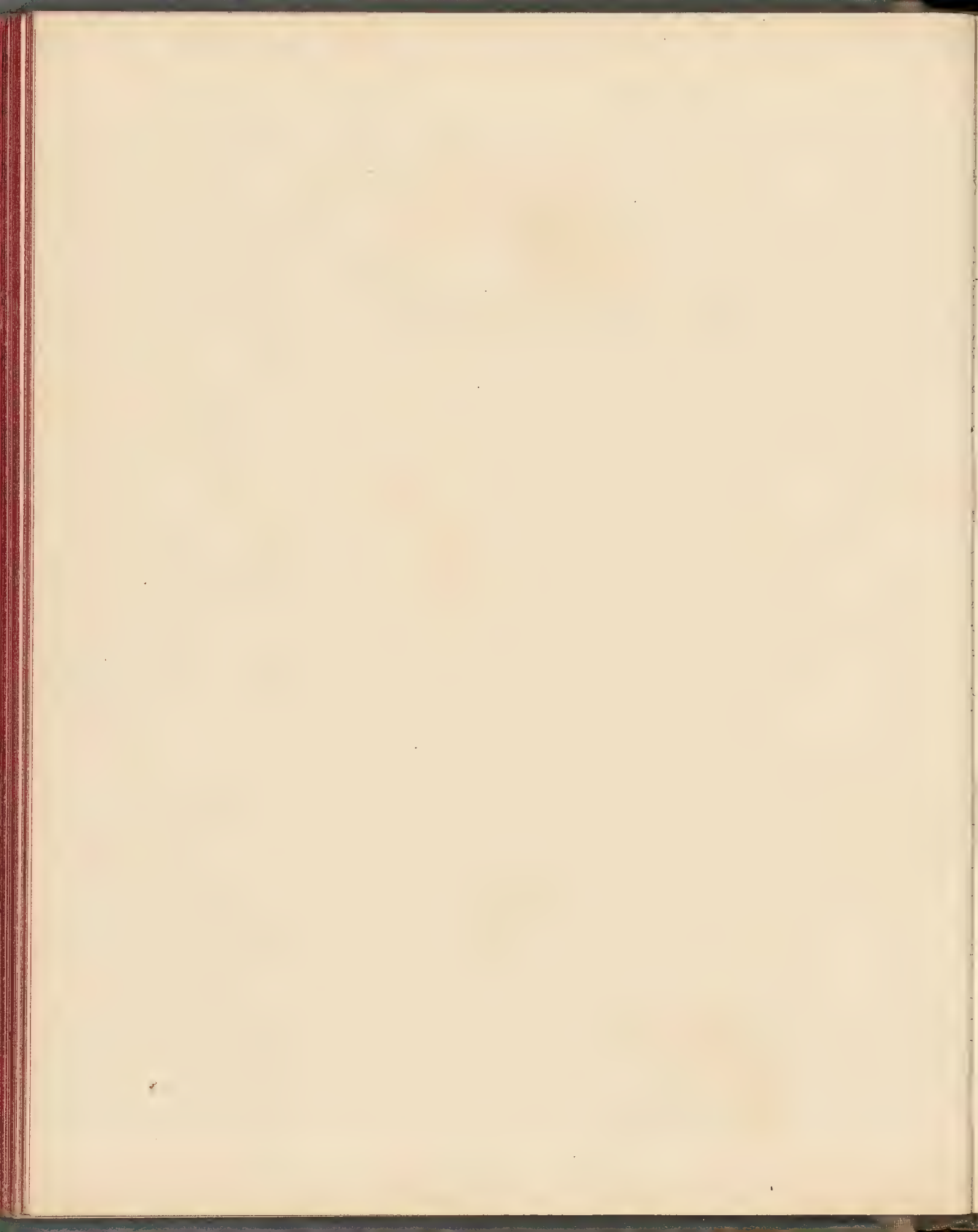
L'obturateur interne [illegible] s'insère sur tout le pourtour du [illegible] passe par le petit trou sciatique et va s'insérer au grand trochanter. Ce muscle est rotateur de la cuisse (1)

— Cavité abdominale —

La cavité abdominale est limitée : en arrière par la colonne vertébrale, sur les parties antéro-latérales par des parties molles ou parois abdominales proprement dites, supérieurement par le diaphragme inférieurement par le plancher périnéal.
Pour l'étudier on l'a divisé en 9 régions par deux lignes longitudinales et 2 transversales.
Zône supérieure. A la partie moyenne : la région épigastrique de chaque côté, l'hypocondre droit et le gauche
Zône moyenne. La région ombilicale, de chaque côte les flancs.
Zône inférieure. La région hypogastrique et de chaque côté les fosses iliaques.

— Parois abdominales —

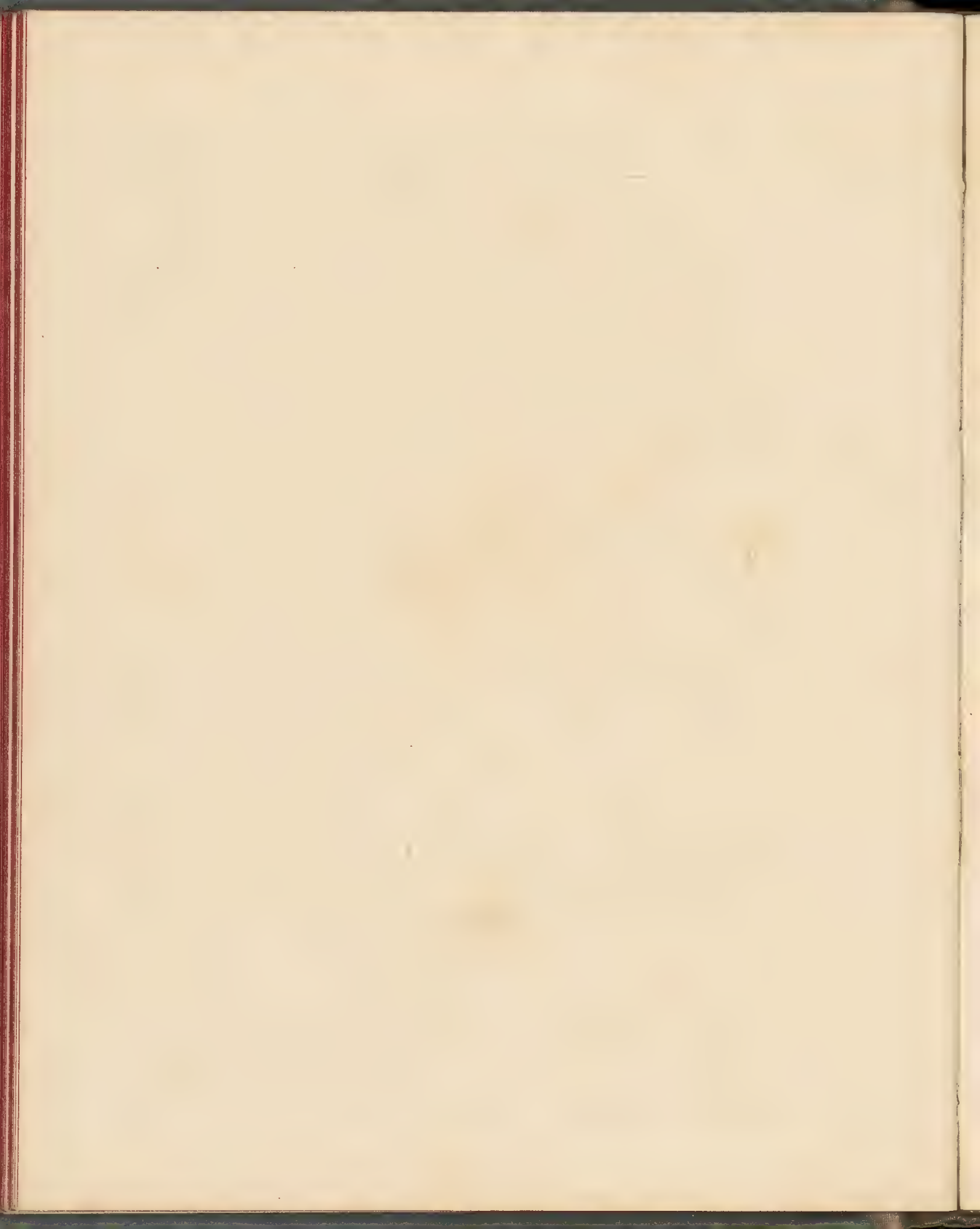
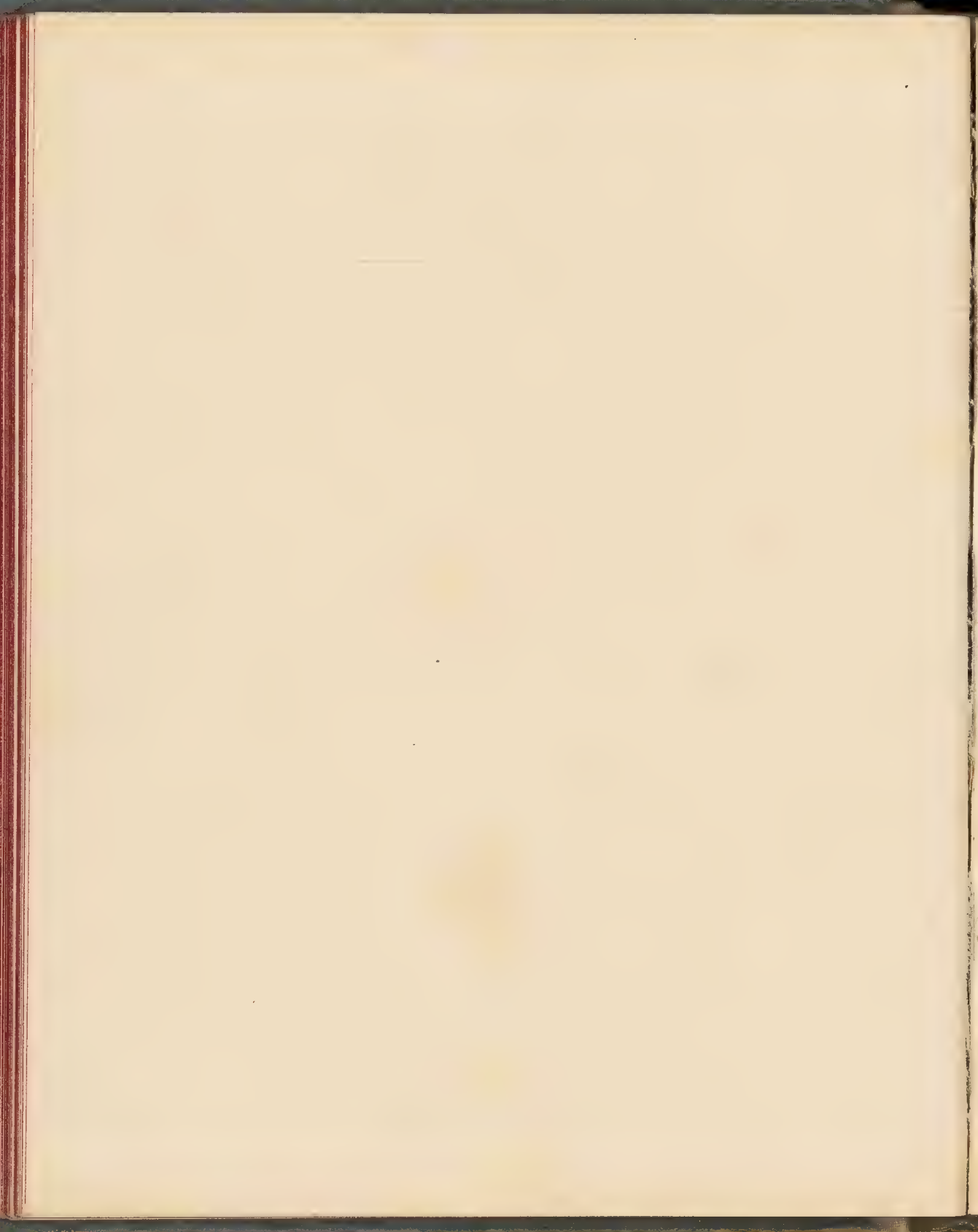
En allant de dehors en dedans on trouve d'abord : la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose d'enveloppe ou de Reichet, la couche musculo aponévrotique, le tissu cellulaire sous-péritonéale et le péritoine.

Peau La peau est très élastique, plus ou moins blanche suivant les sujets, elle présente sur la ligne médiane ou ligne blanche la cicatrice ombilicale qui résulte de la chûte du cordon, elle présente également ~~sur~~ ~~le~~ pendant la grossesse la ligne blanche devient pigmentée, ce pigment forme la ligne brune, cette ligne s'étend de la partie supér^re de la symphyse pubienne à l'ombilic et peut remonter jusqu'à l'appendice xiphoïde. Par suite de la distention exagérée de ces parois la peau présente des vergetures qui résultent des éraillures du derme, elles ont la forme d'un croissant à concavité supérieure, elles sont violacées ou d'un blanc nacré, blanc nacré si elles résultent d'un accouchement antérieur.

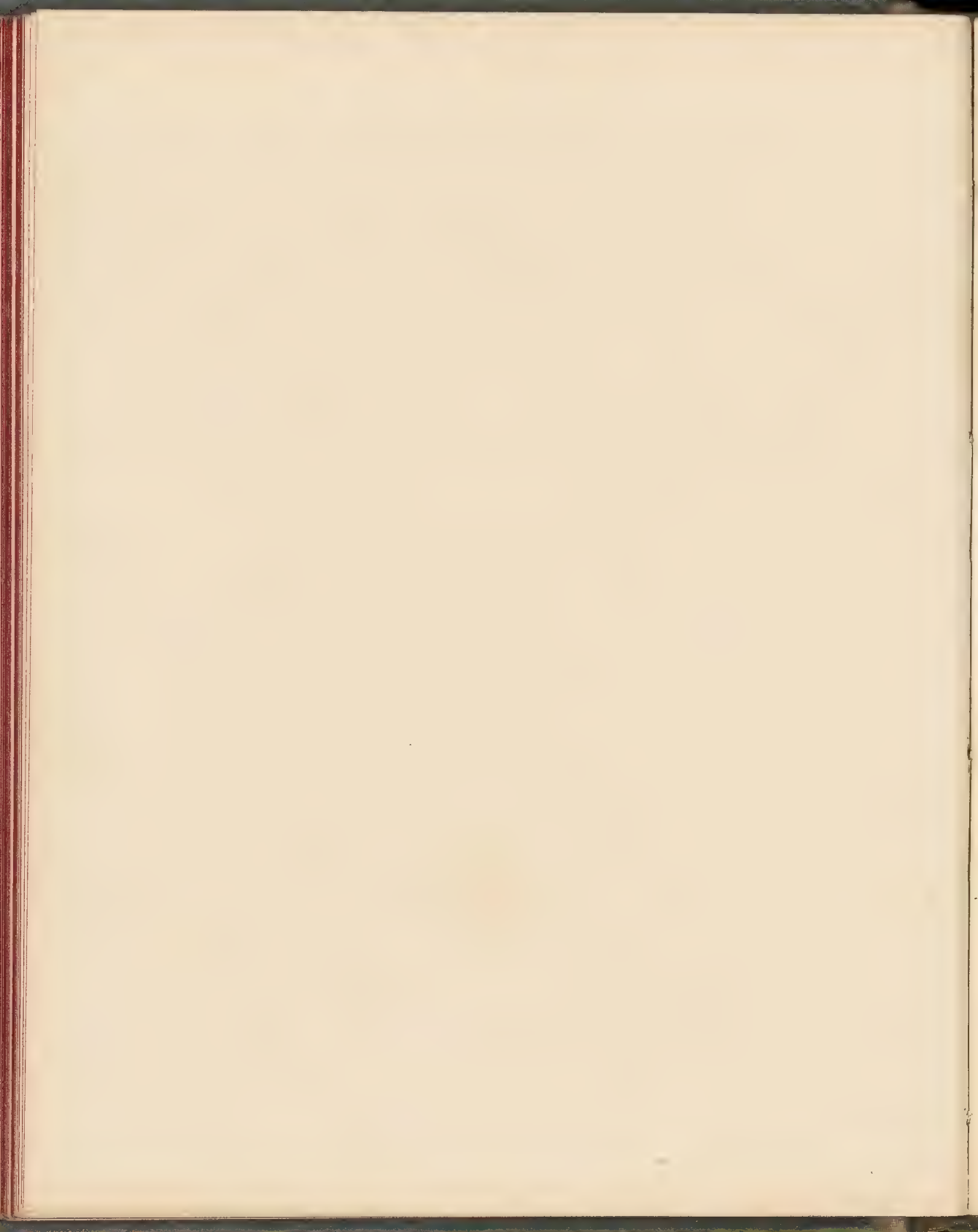
Tissu cellulaire Le tissu cellulaire est plus ou moins abondant suivant les sujets, il est très adhérent à la ligne blanche, pendant la grossesse ce tissu trop abondant peut être une gêne pour la palpation.

Aponévrose d'enveloppe Au dessous de ce tissu on trouve l'aponévrose d'enveloppe ou de Richet, cette aponévrose est très mince et peut être confondue avec le tissu cellulaire.

La ligne blanche est l'espace compris entre les 2 muscles grands droits, elle mesure 15 m. à sa partie supérieure, 6 m à sa partie inférieure (elle va en s'effilant) elle est formée par l'entrecroisement des aponévroses antérieures des muscles.

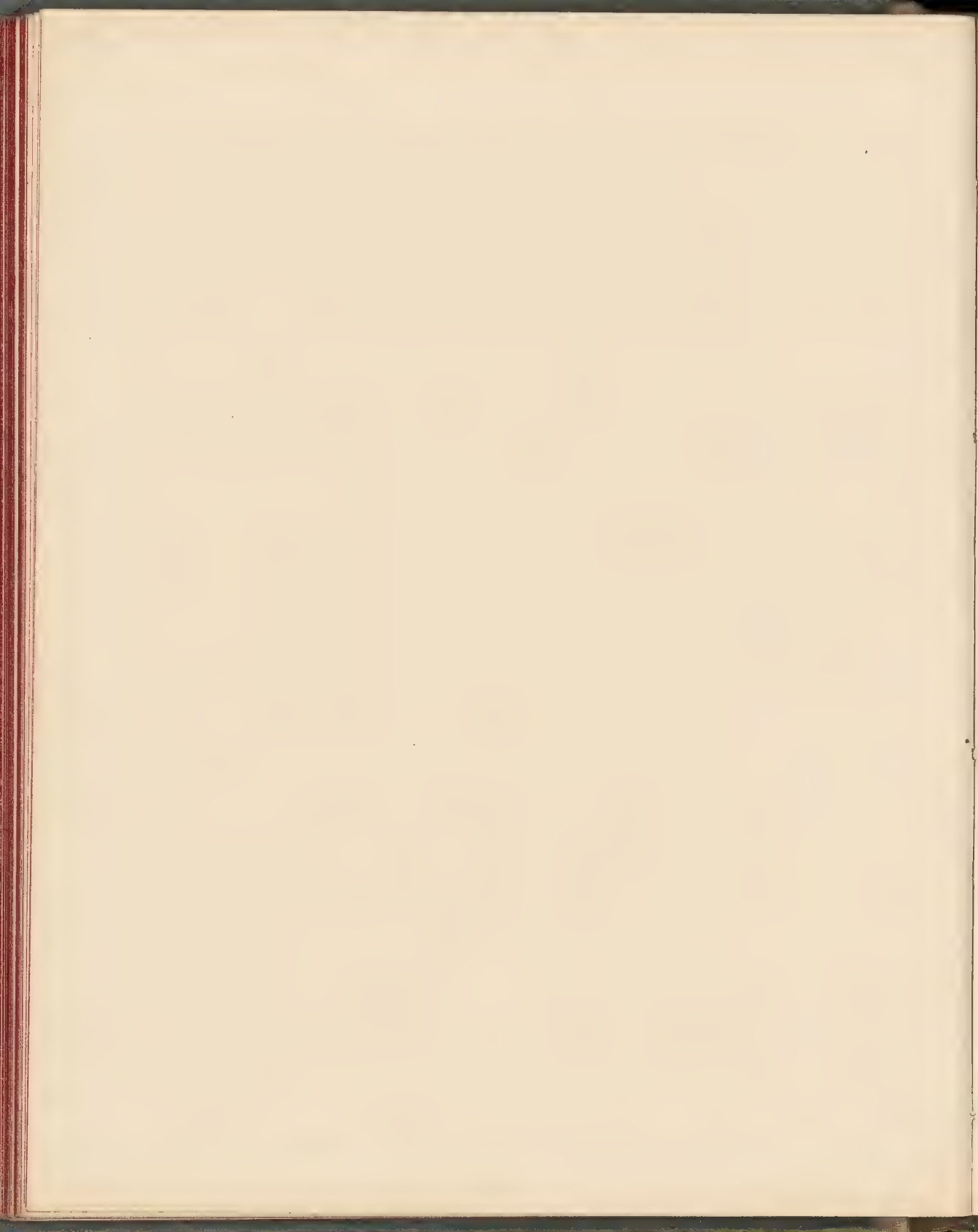
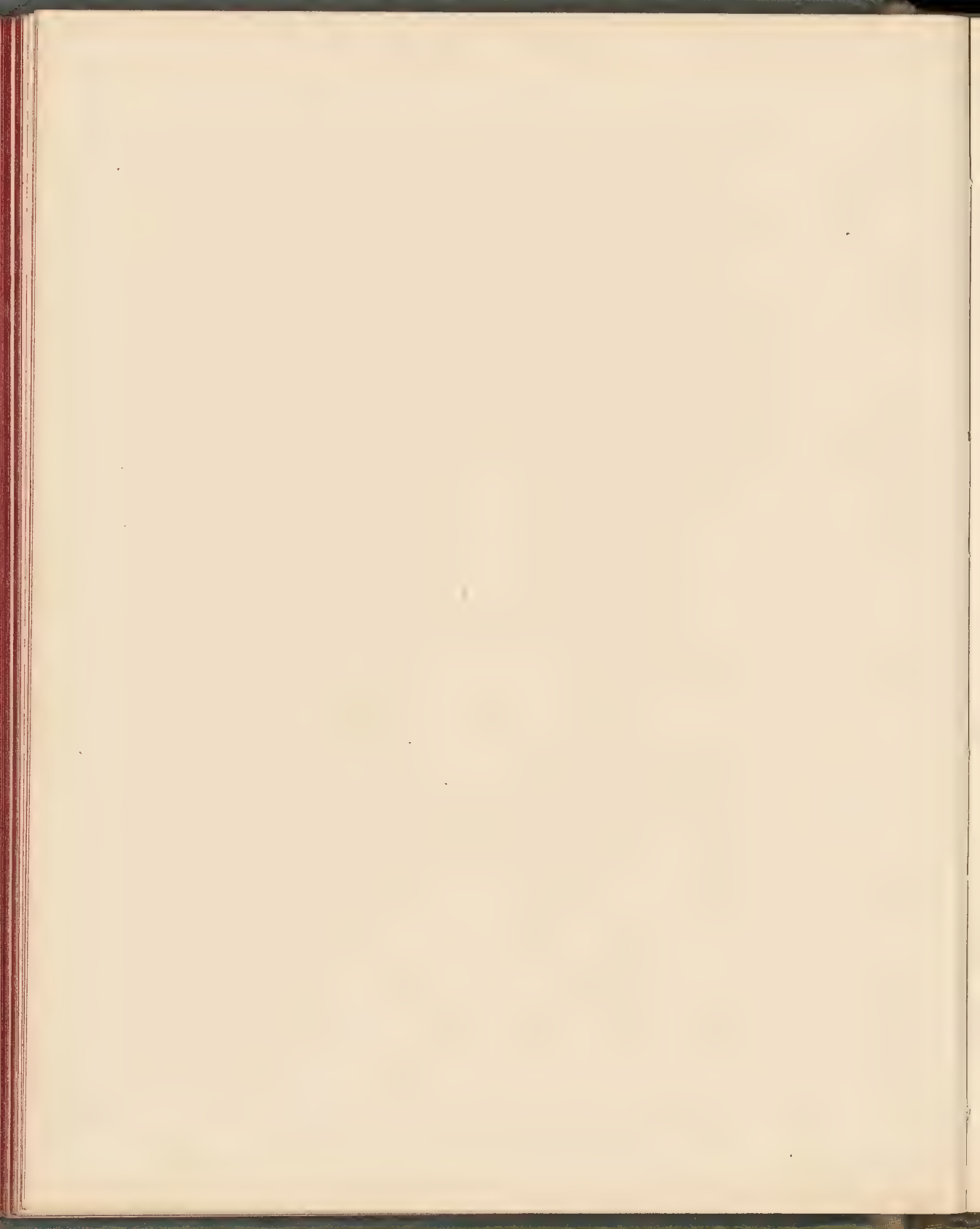
Le ligament de Falloppe s'étend de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'épine du pubis.

Le grand droit est un muscle pair situé à la partie antérieure de l'abdomen, à côté de la ligne blanche, il est rubanné, plus large et plus mince à la partie supérieure qu'à sa partie inférieure, il est formé par la réunion de 4 tronçons musculaires, reliés entre eux par des intersections aponévrotiques, il s'insère supérieurement à l'appendice xiphoïde et aux cartilages des 5, 6 et 7e côtes, il est en rapport en avant avec le tissu cellulaire et la peau, en arrière avec l'épigastrique qui vient de l'iliaque externe et la mammaire interne qui vient de la sous-clavière ces deux artères s'anastomosent entre elles.

Le muscle pyramidal abdominal est un petit muscle que l'on trouve

que chez les sujets bien musclés, il nait du grand droit, il s'insère de l'épine du pubis et à la partie supérieure de la symphyse pubienne, il a une longueur de 5 a 6 c. et va se confondre avec la ligne blanche.
Le grand oblique est un muscle très large, il est le plus superficiel; sa direction est oblique de haut en bas et d'arrière en avant. il s'insère supérieurement à la face externe et au bord inférieur des 6 et 7 dernières côtes par des digitations qui s'entrecroisent avec celles du grand dentelé et du grand dorsal, inférieurement il s'insère sur la moitié antérieure de la lèvre externe de la crête iliaque par ses fibres tendineuses très courtes. Ce muscle n'a qu'une aponévrose antérieure, elle passe passe en avant du grand droit pour se réunir à celle du côté opposé. A sa partie inférieure elle s'insère par 3 faisceaux, l'un de ces faisceaux ou pilier externe va s'inserer à l'épine du pubis et forme le pilier externe du canal inguinal, l'autre faisceau ou pilier interne s'insère à l'angle du pubis

Le profond ou ligament de Colles va s'insérer sur le pubis du côté opposé, ces trois piliers circonscrivent l'orifice externe du canal inguinal. Ces piliers envoie des fibres arciformes qui circonscrivent le canal inguinal sur une hauteur de 3c. Cette aponévrose est intimement unie à la gaîne du psoas, à l'arcade de Fallope, à la bandelette ilio-pectinée et au [illegible] de Gimbernat.

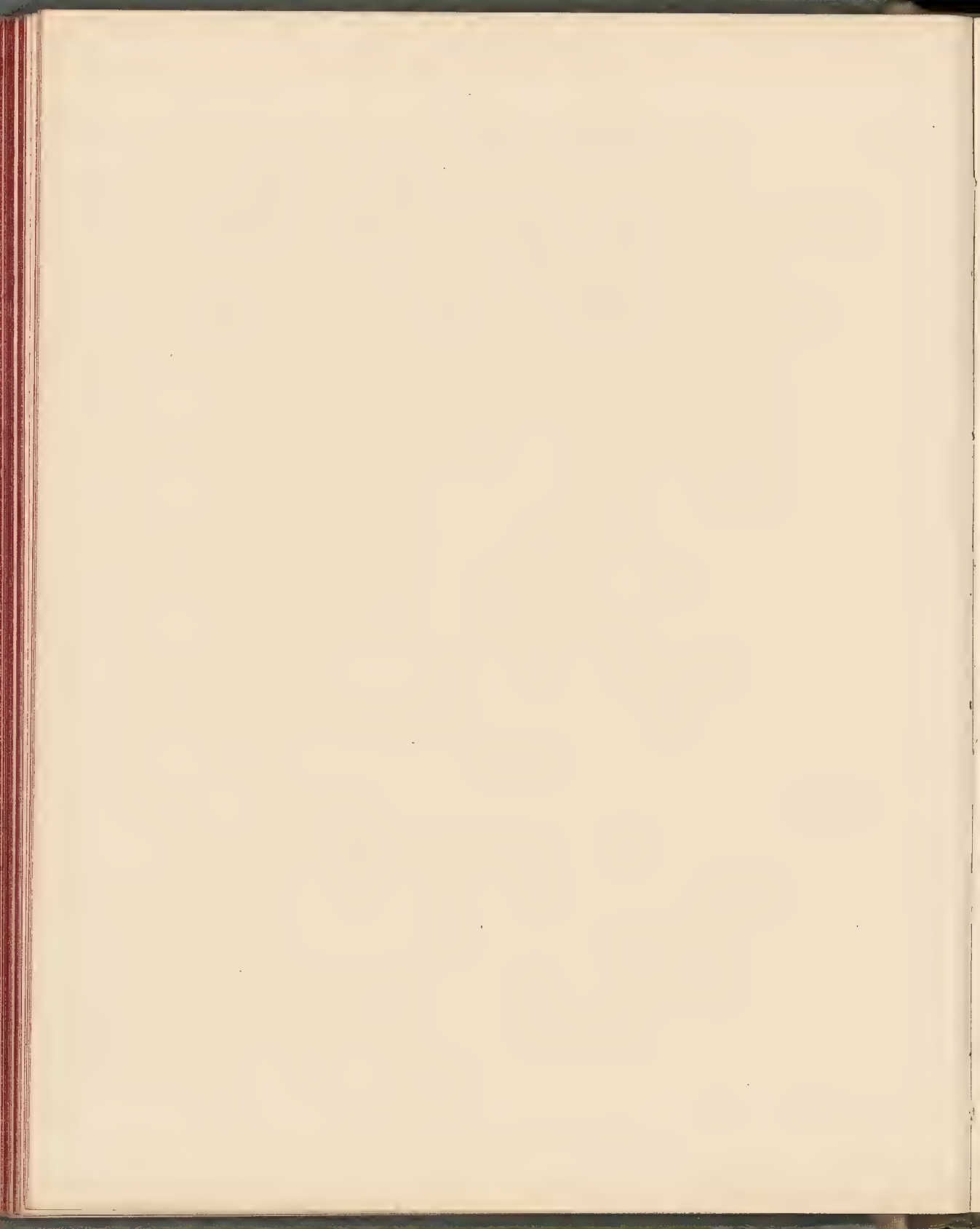
Le petit oblique est situé au dessous du précédent, il a une direction oblique de haut en bas et d'avant en arrière, supérieurement il s'insère au [illegible] inférieur du cartilages des 4 dernières côtes; inférieurement au tiers externe de l'arcade crurale et au 3/4 antérieurs de l'interstice de la crête iliaque, sa face externe est est en rapport avec la face interne du grand oblique, sa face interne avec le transverse. Ce muscle a 2 aponévroses: 1 antérieure, une postérieure. L'aponévrose antérieure arrivée au bord externe du grand droit se divise en 2 feuillets dans la région sus-ombilicale

le feuillet antérieur passe en avant du grand droit, l'autre passe en arrière dans la région sous-ombilicale cette aponévrose ne se dédouble pas, elle s'accole à celle du grand oblique et passe en avant du grand droit.

L'aponévrose postérieure va s'insérer au sommet des apophyses épineuses des vertèbres lombaires.

Le transverse ainsi appelé à cause de la direction de ces fibres est très charnu à sa partie moyenne, supérieurement il s'insère à la face interne des 6 dernières côtes par des digitations qui s'entrecroisent avec celles du diaphragme, inférieurement il s'insère aux 3/4 antérieurs de la lèvre interne de la crête iliaque, il se continue en avant avec l'aponévrose ~~postérieure~~ antérieure qui va s'accoler avec celle du petit oblique passe, en arrière il se continue par l'aponévrose postérieure qui se divise en 3 feuillets: un antérieur qui s'insère à la base des apophyses transverses, un moyen qui s'insère au sommet de ces apophyses, un postérieur qui s'accolle a

celui du petit oblique et va s'insérer au sommet des apophyses épineuses. Ces 3 feuillets circonscrivent 2 loges : une antérieure qui contient le carré des lombes ; une postérieure qui contient la masse sacro-lombaire.
Le carré des lombes est un muscle quadrilatère il s'insère supérieurement à la dernière côte en arrière sur les apophyses transverses des vertèbres lombaires. Il s'insère inférieurement au ligament ilio-lombaire et à la partie postérieure de la crête iliaque.
La masse sacro-lombaire est une masse musculaire qui comble l'espace compris entre les apophyses épineuses et les transverses
Le canal inguinal est un conduit taillé obliquement dans l'épaisseur des parois abdominales, sa direction est oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Il a une longueur de 4 c. environ, il présente 2 orifices un externe qui s'ouvre sous le tissu cellulaire sous-cutané, un interne qui s'ouvre sous le péritoine, ce canal contient le ligament rond chez la femme et le cordon spermatique chez l'homme

il a 4 parois : une antérieure constituée par l'aponévrose du grand oblique, la paroi postérieure est limitée par le ~~facia~~ transversalis tissu conjonctif très dense, il est limité inférieurement par la face supérieure de l'arcade crurale et supérieurement par le ~~bord~~ inférieur du petit oblique et du " transverse.

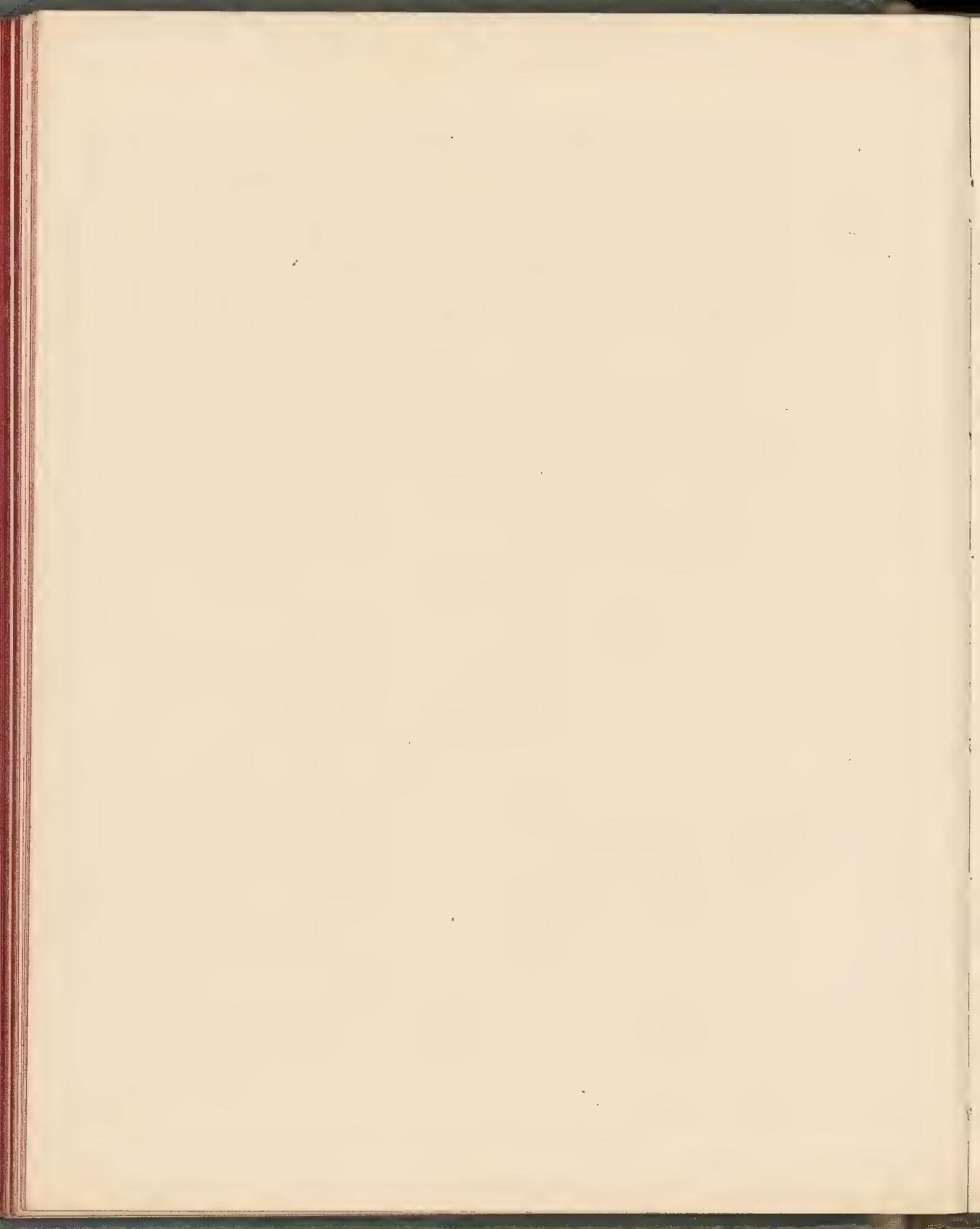
Les muscles de la paroi abdominale sont en rapport à leur face postérieure avec le tissu cellulaire sous-péritonéal ou facia-transversalis, il se compose de tissu conjonctif très dense.

Plus en dedans on trouve le péritoine.

Le péritoine est une membrane séreuse qui tapisse toute la cavité abdominale et les organes qu'elle contient, c'est une poche sans ouverture qui se continue sans ligne de démarcation, on a divisé le péritoine en 2 parties : le péritoine pariétal qui tapisse les parois de la cavité abdominale, et le péritoine viscéral qui recouvre les viscères

Les vaisseaux qui se rendent à la paroi abdominale sont : pour la partie postérieure et latérale, les artères lombaires qui naissent de l'aorte, pour la paroi antérieure l'artère épigastrique qui vient de l'iliaque externe et la mammaire interne qui vient de la sous-clavière, ces deux artères s'anastomosent entre elles. Les veines vont se jeter dans la grande veine azigos et dans l'épigastrique. Les nerfs de la partie supérieure viennent des nerfs intercostaux ceux de la partie inférieure viennent du plexus lombaire, les lymphatiques vont se jeter dans les ganglions lombaires.

- Pathologie -

Chez les multipares qui ont eu beaucoup d'enfants il peut y avoir éloignement des deux muscles grands droits, qui constitue l'éventration quand la femme fait un effort, la masse intestinale fait hernie entre ces deux muscles.

La paroi abdominale peut être le siège de hernie siégeant soit au niveau de l'ombilic hernie ombilicale, l'intestin peut faire saillie

au dehors. Pour faire le diagnostic on va de la base de l'ombilic au sommet et on entend une petite crépitation produite par le déplacement des gaz. La hernie peut siéger sur la ligne blanche, hernie épiploïque, l'épiploon peut faire saillie à travers les orifices formés par l'entrecroisement des fibres. Il peut y avoir hernie crurale au niveau du canal crural, hernie inguinale au niveau du canal inguinal, cette hernie est plus fréquente chez l'homme et chez l'enfant que chez la femme.

Phénomène de l'effort.

Pendant le phénomène de l'effort en même temps que les muscles de la cage thoracique se contractent ceux de la paroi abdominale se contractent également, le diaphragme et le releveur de l'anus deviennent plans. La cavité abdominale se trouve donc rétrécie dans tous ses diamètres et par suite de ces contractions le contenu des organes est chassé au dehors.

Rectum

Le rectum ainsi appelé parcequ'il est à peu près droit dans une partie de son trajet constitue l'extrémité terminale du tube digestif, il s'étend de l'S. iliaque à l'anus. Sa longueur est de 12 c.

On lui étudie 2 portions : une portion extra-pelvienne et une portion intra-pelvienne. Il est situé dans le bassin au devant du sacrum et du coccyx.

Il commence au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche se dirige vers la droite arrivé au niveau de la 3me pièce sacrée il se recourbe à nouveau revient sur la ligne médiane, suit la direction de la face antérieure du sacrum et du coccyx. et se

Les rapports varient suivant qu'on les étudie dans sa portion extra-pelvienne ou intra-pelvienne

Portion extra pelvienne - On lui étudie : une face antérieure, une face postérieure et 2 bords latéraux.

La face antérieure est en rapport avec l'utérus

et le vagin dont elle est séparée par le cul-de-sac de Douglas, à sa partie infér^re elle est séparée du vagin par la cloison recto-vaginale.
La face postérieure est en rap. avec le sacrum dont elle est séparée par un peu de tissu cellulaire et des muscles.
Les bords latéraux sont en rapport avec les anses intestinales
La portion intra-pelvienne est en rapport avec les muscles du plancher périnéal en particulier le releveur de l'anus (très bien décrit par M^r Budin.) [illegible]

Structure. Il est formé de 3 tuniques: une externe ou séreuse, une moyenne ou musculeuse, une interne ou muqueuse.
La tunique externe ou séreuse est incomplète elle existe [illegible] à sa partie supérieure où elle forme le méso-rectum.
La tunique moyenne ou musculeuse se compose de 2 plans de fibres: un plan de fibres longitudinales, un plan de fibres circulaires ces fibres circulaires sont très abondantes à la partie inférieure et forment le sphincter interne dont la hauteur est de 4 c. environ,

1° Sphincter moyen ou de Velpeau.
Sphincter inférieur ou de [illegible]irne.

la portion qui se trouve au dessus de ce sphincter est moins riche en fibres circulaires ce qui explique comment elle peut se dilater et acquérir des dimensions considérables, par suite d'accumulation de matières fécales dans son intérieur, on donne à cette portion le nom d'ampoule rectale. Parfois on trouve à 6 ou 8cm au dessus de l'anus un faisceau de renforcement désigné par Nélaton sous le nom 1 de sphincter supérieur. Toutes les fibres musculaires du rectum sont des fibres lisses. La tunique interne ou muqueuse adhère intimement à la musculeuse dans ses 3/4 sup.; elle lui est au contraire lâchement unie dans le 1/4 inférieur, ce qui explique la fréquence de la chute du rectum au moment de la défécation (particulièrement chez les enfants) cette accident est donc constituée par une hernie de la muqueuse et non du rectum entier à travers la muqueuse, vers sa partie inférieure cette muqueuse présente une série de plis curvilignes formant par leur réunion une ligne irrégulièrement festonnée; ces plis sont désignés sous le nom de valvules semi-l[illegible]

La muqueuse rectale renferme des glandes en tube très développées.

Les artères du rectum sont les hémorroïdales supérieures qui naissent de la mésentérique inférieure, les hémorroïdales moyennes qui naissent de l'hypogastrique, et les hémorroïdales inférieures qui émanent de la honteuse interne.

Les veines du rectum se jettent toutes dans la mésentérique inférieure. Celles qui naissent de la muqueuse forment dans le tissu cellulaire sous-muqueux un réseau remarquable très développé au niveau des replis semi-lunaires c'est la dilatation de ces veines particulièrement marquée pendant la grossesse et l'accouchement qui donne lieu aux hémorroïdes

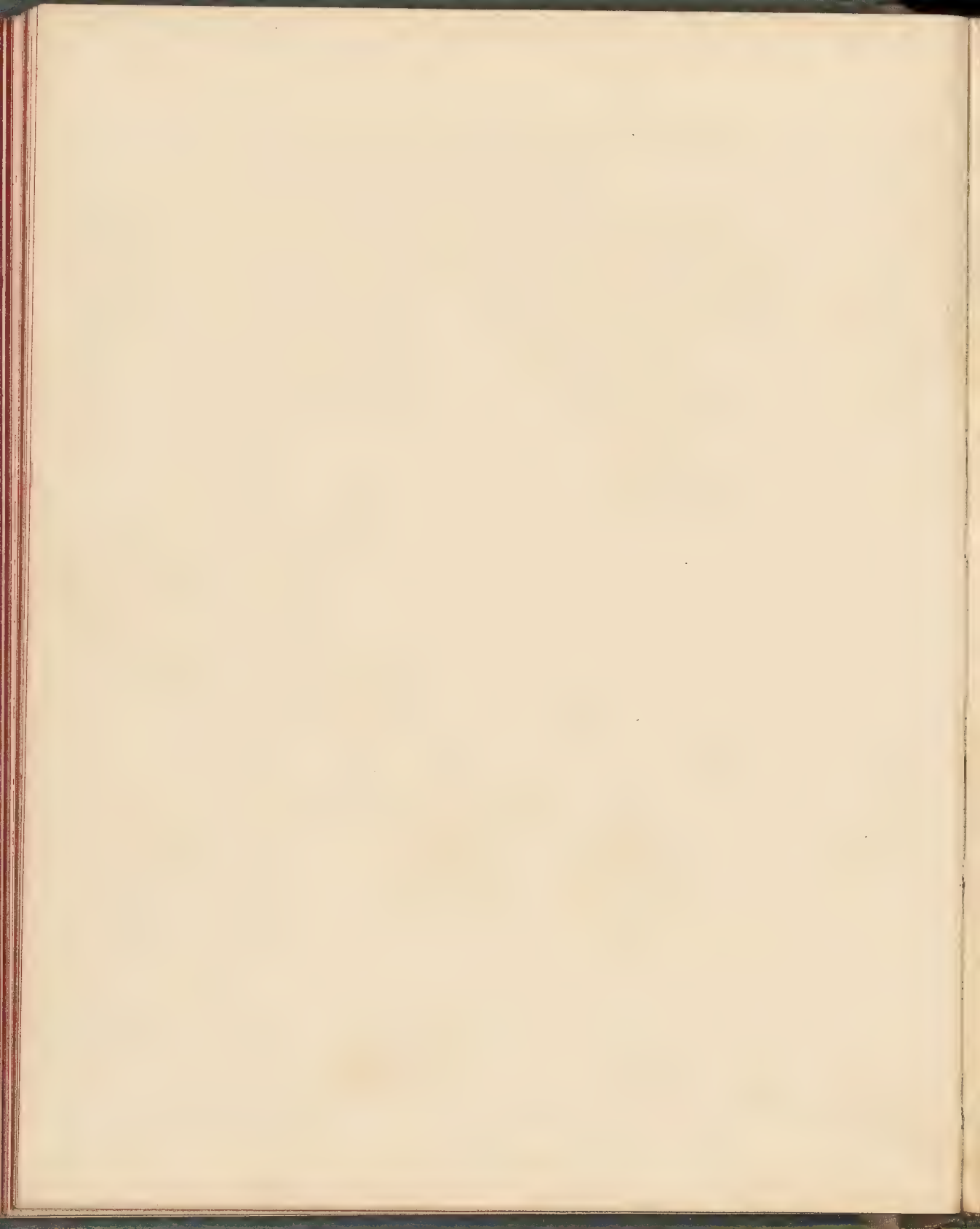
Les vaisseaux lymphatiques du rectum sont nombreux, ils partent de la muqueuse et vont se jeter dans une série de ganglions placés le long de la paroi postérieure du rectum.

Les nerfs viennent du grand sympathique et quelques uns du cérébro-spinal.

Pathologie. 1° Rectite : inflammation du rectum.
2° Cancer du rectum ; siège le plus souvent à la partie
inf. et moitié du rectum.
4° Fissures anales.
5° Prolapsus : hernie de la muqueuse rectale.
6° Rétrécissement congénital ; ou acquis
7° Imperforation.
8° Hemorroïdes.

Pendant la grossesse, la constipation et surtout la compression que l'utérus gravide exerce sur les troncs veineux de la partie inférieure du rectum déterminent souvent des hémorrhoïdes.

L'anus est la terminaison inférieure du rectum, il est situé chez la femme à 3c. en avant de la pointe du coccyx. Au niveau de la circonférence marquant la limite entre la muqueuse rectale et la peau on trouve une série de plis rayonnés qui s'effacent facilement par la distension. L'anus n'est pas un simple orifice, c'est un canal composé de 2 portions: une supérieure muqueuse l'autre inférieure cutanée à la 1re correspond le sphincter interne à la 2me le sphincter externe, le sphincter interne est formé de fibres lisses. le sphincter externe de fibres striées. ces 2 anneaux sont disposés de façon que le 1er rentre dans le second jusqu'à sa partie moyenne.

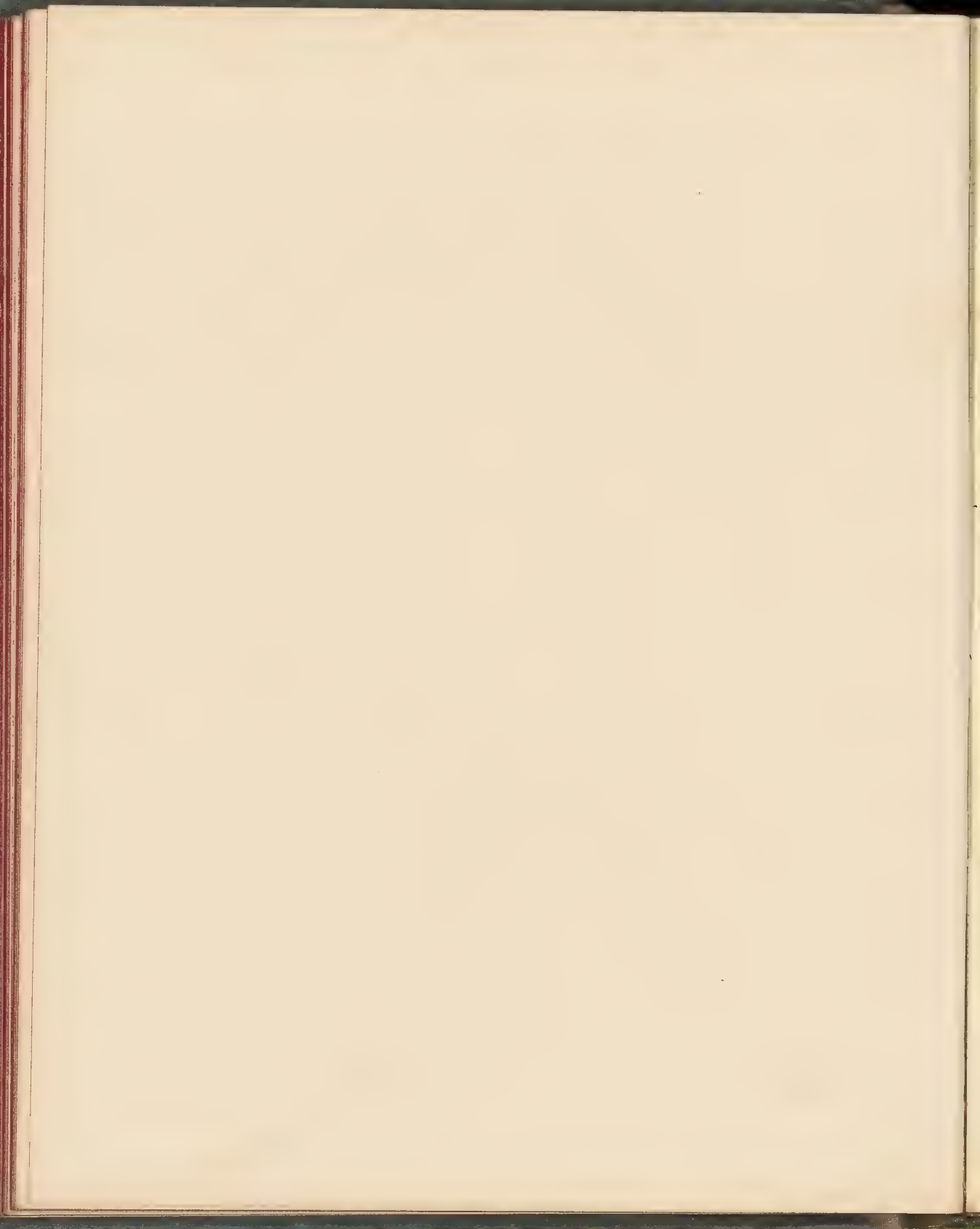
Les artères et les veines de l'anus sont les hémorroïdales inférieures qui s'anastomosent avec les moyennes et les supérieures. Les lymphatiq superficiels se jettent dans les ganglions inguinaux

— Vessie —

Définition La vessie est une poche musculo-membraneuse dans laquelle l'urine s'accumule et séjourne pendant un certain temps, pour être ensuite expulsée au dehors.

Situation La vessie est située dans la partie antérieure de l'excavation pelvienne, en avant de l'utérus et derrière le pubis.

Forme Sa forme dans l'état de plénitude, est celle d'un ovoïde, un peu aplati d'avant en arrière, dont la grosse extrémité est dirigée en bas. Dans l'état de vacuité on l'a comparée a un triangle isocèle.

Capacité La capacité moyenne de la vessie est d'un demi-litre (500 grs.) mais elle varie beaucoup avec l'âge le sexe, les habitudes, le régime, l'état de santé ou de maladie, elle peut contenir de 8 a 10 litres et même davantage. La capacité de la vessie est plus grande relativement chez le nouveau-né que chez l'adulte.

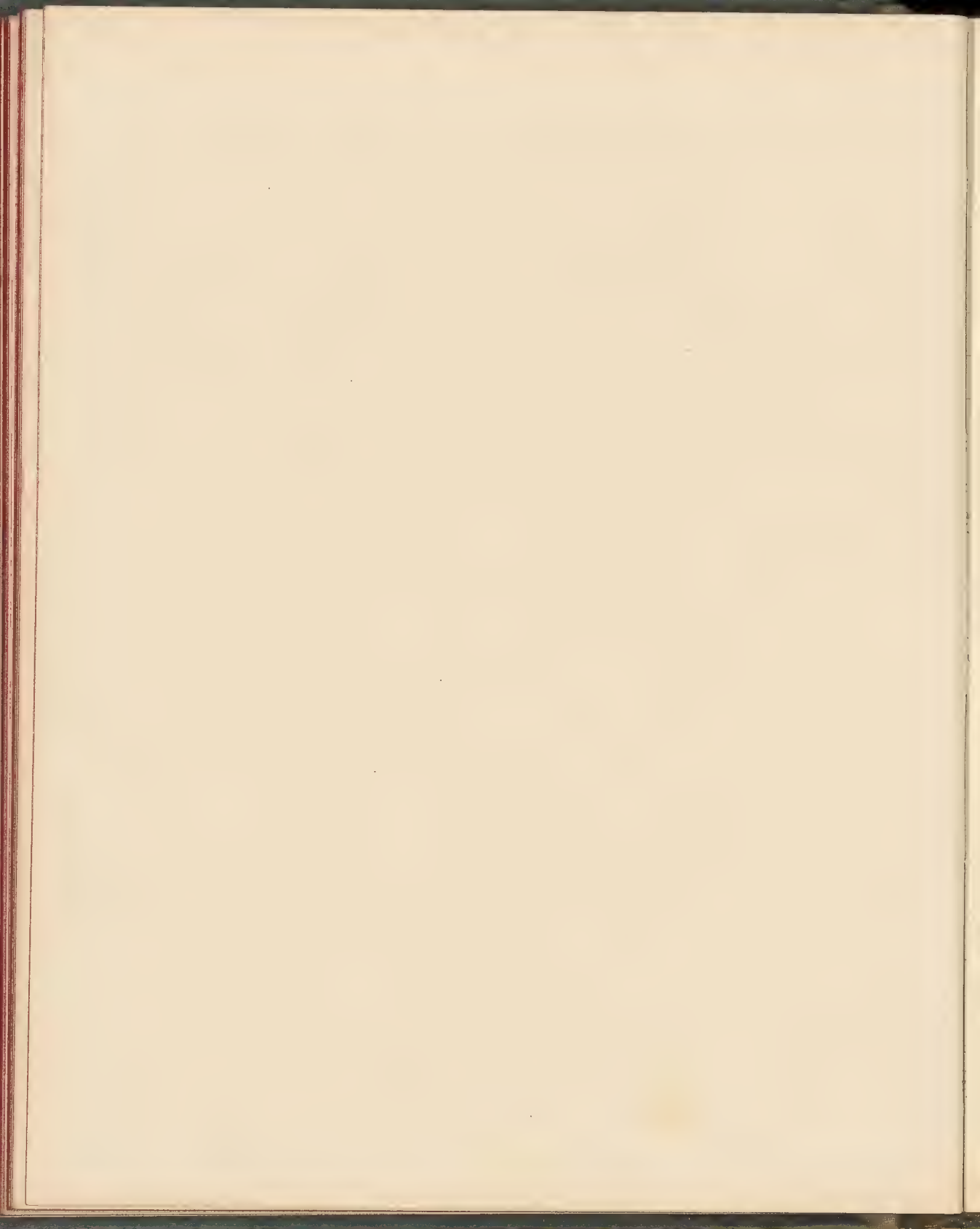
Rapports. On lui étudie : une face antérieure, une face postérieure, deux bords latéraux, une extrémité supérieure, une extrémité inférieure.

Face antér.re: La face antérieure est en rapport avec la portée inférieure de la paroi abdominale antérieure, avec les corps des pubis et la symphyse pubienne dont elle est séparée par une petite cavité contenant du tissu cellulaire (Cavité de Raetzius)

Face postér.re: La face postérieure est en rapport avec la face antérieure de l'utérus dont elle est séparée par le cul-de-sac vésico-utérin

Bords latéraux Les bords latéraux sont en rapport avec les anses intestinales et les cordons fibreux résultant des artères ombilicales oblitérées.

Extrémité sup.re: L'extrémité supérieure, encore appelée sommet ou fond de la vessie est en rapport avec les anses intestinales

Extrémité inf.re: L'extrémité inférieure est en rapport avec le vagin (Bas-fond de la vessie

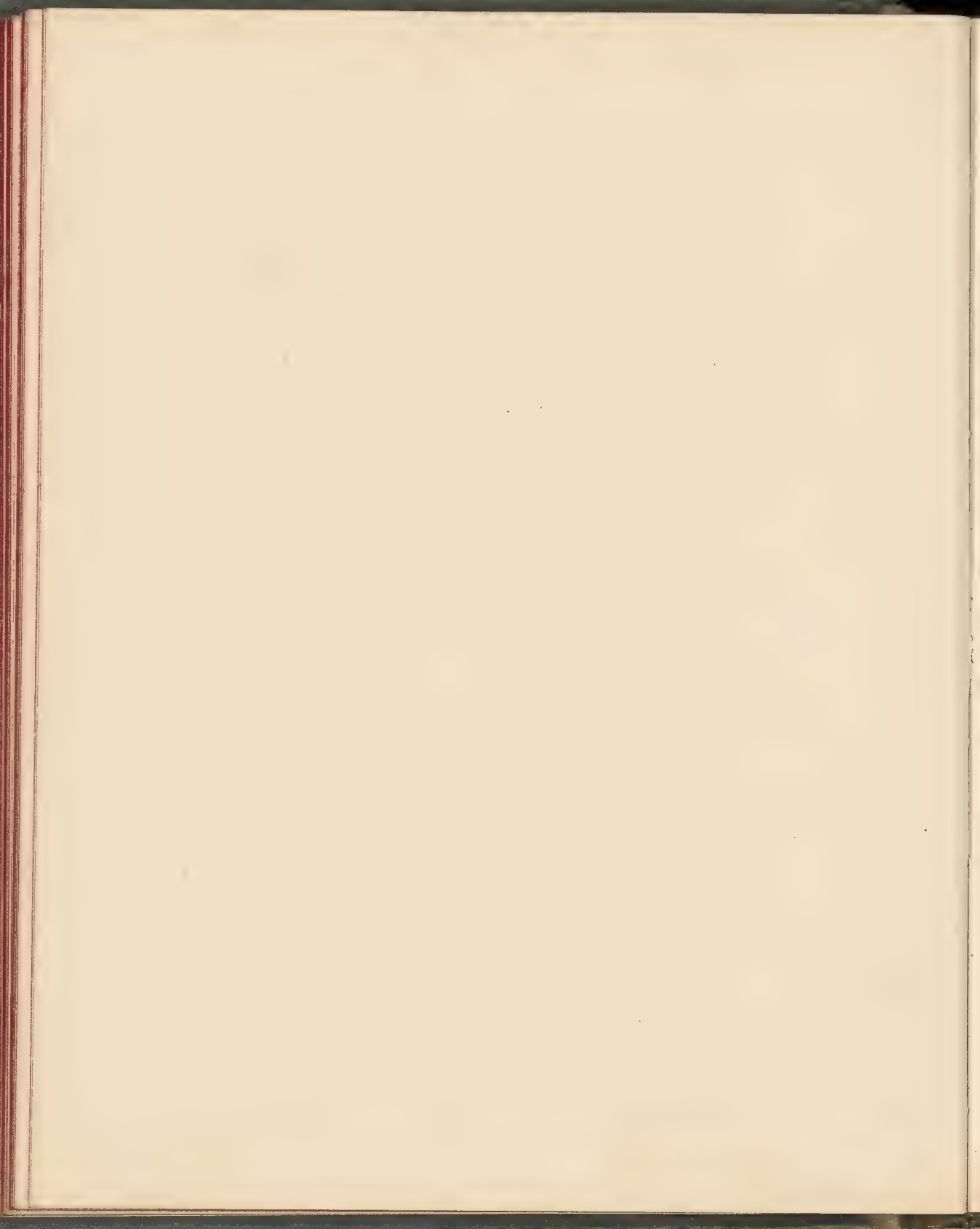
Moyens de fixité Elle est maintenue en place par des ligaments: supérieurement par l'ouraque cordon fibreux qui s'insère d'une part à l'ombilic et d'autre part au sommet de la vessie (Ce cordon est un vestige de la vésicule allantoïde.)

Latéralement, elle est maintenue par 2 cordons fibreux qui sont les artères ombilicales oblitérées.

Postérieurement par les ligaments vésico-utérins, antérieurement par les ligaments vésico-pubien, inférieurement par l'urèthre en avant et les 2 uretères en arrière

Structure — Elle se compose de 3 tuniques: une séreuse, une musculeuse et une muqueuse.

Séreuse — La tunique séreuse est formée par le péritoine qui tapisse le sommet de la vessie sa face postérieure, se réfléchit ~~remonte~~ sur la face antérieure de l'utérus pour former le cul-de-sac vésico-utérin.

Musculeuse — La tunique musculeuse se compose de trois plans de fibres: un plan de fibres longitudinales; un plan de fibres circulaires plus épais au niveau du col de la vessie et formant le sphincter de la vessie; un plan de fibres plexiformes.

Muqueuse — La muqueuse est grisâtre et parcourue par des plis qui s'effacent par la distension La partie inférieure de la vessie présente 3 orifices disposés aux 3 angles d'un triangle,

l'un antérieur, col de la vessie, est l'orifice de l'urèthre; les autres postérieurs sont les orifices des uretères. Le triangle limité par ces orifices présente une surface lisse, unie, c'est le trigône vésical ou de Lieutaud. Les orifices des uretères peu visibles et cachés par un petit repli muqueux sont placés aux deux extrémités de la base du trigône vésical, ils sont reliés entre eux par une petite bandelette musculaire qui soulève la muqueuse.
Les uretères cheminent obliquement entre les tuniques de la vessie avant de s'ouvrir dans sa cavité.
La muqueuse est tapissée d'un épithélium pavimenteux stratifié.

Artères : Les artères vésicales supérieures et inférieures viennent de l'hypogastrique, les antérieures de la honteuse interne, les postérieures de l'hémoroïdale moyenne

Veines Les veines ne suivent pas le trajet des artères, elles forment un plexus dit de Santorini, autour du col de la vessie et vont se jeter dans la veine hypogastrique

(1) La vessie peut être le siège de ~~fibromes~~, calculs constituant une maladie appelée vulgairement pierre.
Traitement. On fait la lithotricie qui consiste à broyer les calculs pour les réduire; quand ces calculs sont trop volumineux on pratique la taille hypogastrique qui consiste à inciser la paroi abdominale et la paroi antérieure de la vessie pour retirer les calculs ou la cystotomie uréthrale (incision suivant l'urèthre)
Cystocèle - hernie de la vessie à travers la paroi antérieure du vagin.

Nerfs. Les nerfs viennent du plexus hypogastrique les uns se rendent dans la tunique musculeuse, les autres dans la tunique muqueuse.

— Pathologie —

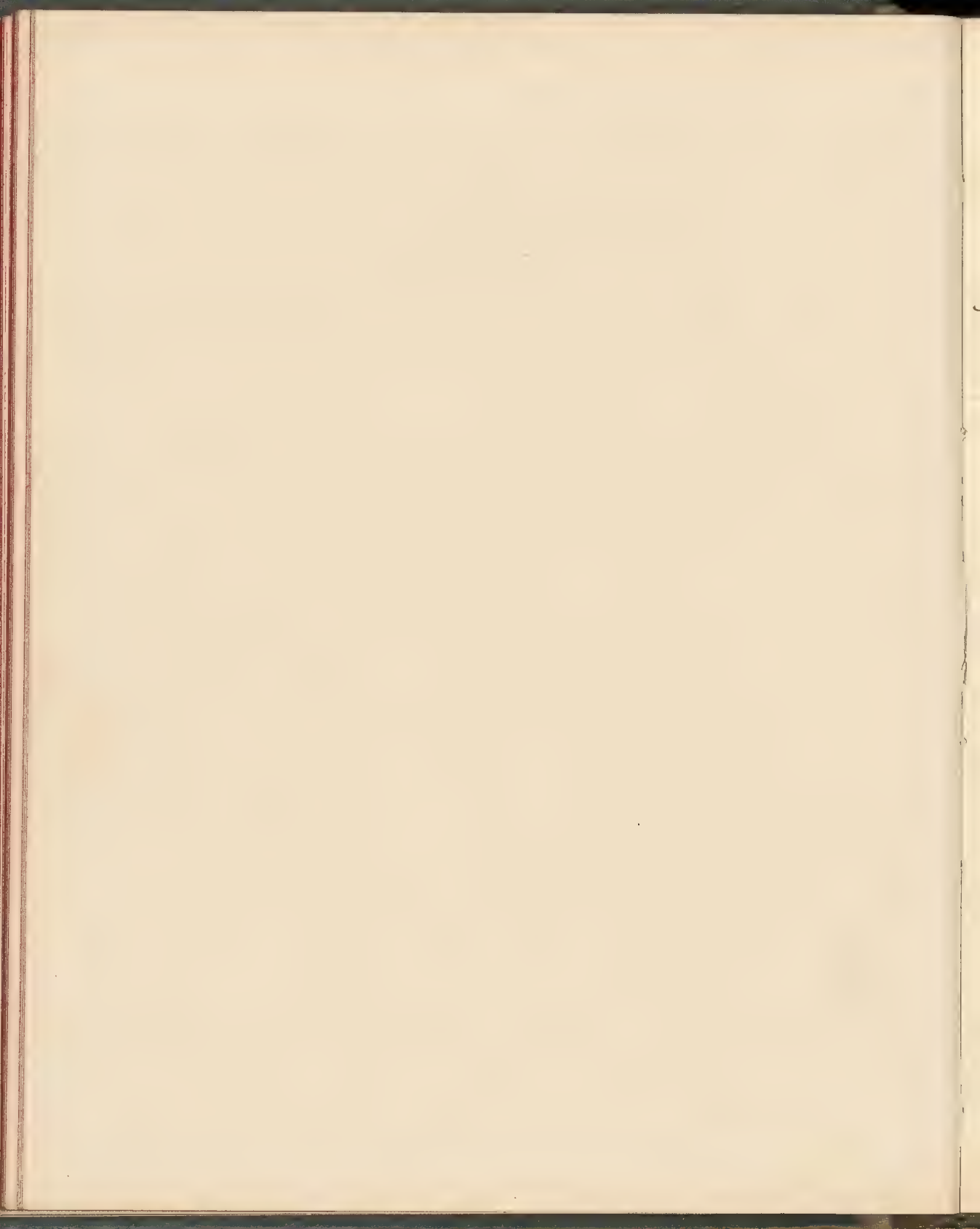
Au moment de l'accouchement, par suite de la pression exagérée de la partie fœtale au même endroit, la vessie peut être le siège de fistules: vésico-utérines, vésico-vaginales, ~~vésico~~ urétro-vaginal.

Il peut y avoir extrophie de la vessie, c'est-à-dire arrêt de développement de cet organe qui forme une tumeur rougeâtre fesant hernie à travers les parois abdominales, dans ces cas l'ouraque n'étant pas oblitérée, l'urine s'écoule goutte à goutte au niveau de l'ombilic

La vessie trop distendue peut se rompre par suite de la compression exercée par la partie fœtale (très rare) elle peut être paralysée par suite de cette compression.

L'incontinence d'urine est due à la pression constante.

La rétention d'urine est cause de cystite purulente ou gangréneuse.

Varices, dues à d'autres maladies de la vessie (1)

Organes génitaux externes

Les organes génitaux externes comprennent le mont-de-Vénus et la vulve.

Mont-de-Vénus — Le mont-de-Vénus ou pénil est cette éminence arrondie qui recouvre les pubis et surmonte la vulve, il occupe un espace triangulaire, il est limité en haut par l'hypogastre, sur les parties latérales par les plis inguinaux, en bas par les grd. lèvres.

— Structure —

Peau — La peau de cette région contient beaucoup de folicules pileux et de glandes sébacées, et de glandes sudoripares (elle se recouvre de poils au moment de la puberté) sous la peau on trouve une couche épaisse de tissu cellulo-adipeux dont l'abondance varie avec l'embonpoint de la femme. On trouve aussi un grd. nombre de lamelles composées de fibres élastiques, ces lamelles sont séparées les unes des autres par du tissu cellulo-adipeux, les unes naissent du bord supér. du pubis auquel elles s'insèrent, les autres se continue avec le fascia transversalis, et en bas avec l'appareil élastique des grd. lèvres.

~~on trouve aussi quelques fibres musculaires.~~
Le Mont-de-Vénus est traversé par quelques fibres musculaires qui viennent du ligament rond et vont se perdre dans l'extrémité supérieure des gdes lèvres.
Les vaisseaux viennent des mêmes sources que celles des grandes lèvres.

Vulve — La vulve est un espèce d'anneau aplati, à grand diamètre longitudinal, plus épais à sa partie moyenne qu'à ses deux extrémités, obliquement dirigé de haut en bas et d'avant en arrière.

Limites — Elle est limitée en haut par le mont-de-Vénus, en bas par le périnée, sur les parties latérales par la racine des cuisses.
La vulve comprend: les grandes lèvres, les petites lèvres, le clitoris, le vestibule, le méat urinaire, l'hymen, l'orifice vulvaire et la fosse naviculaire.

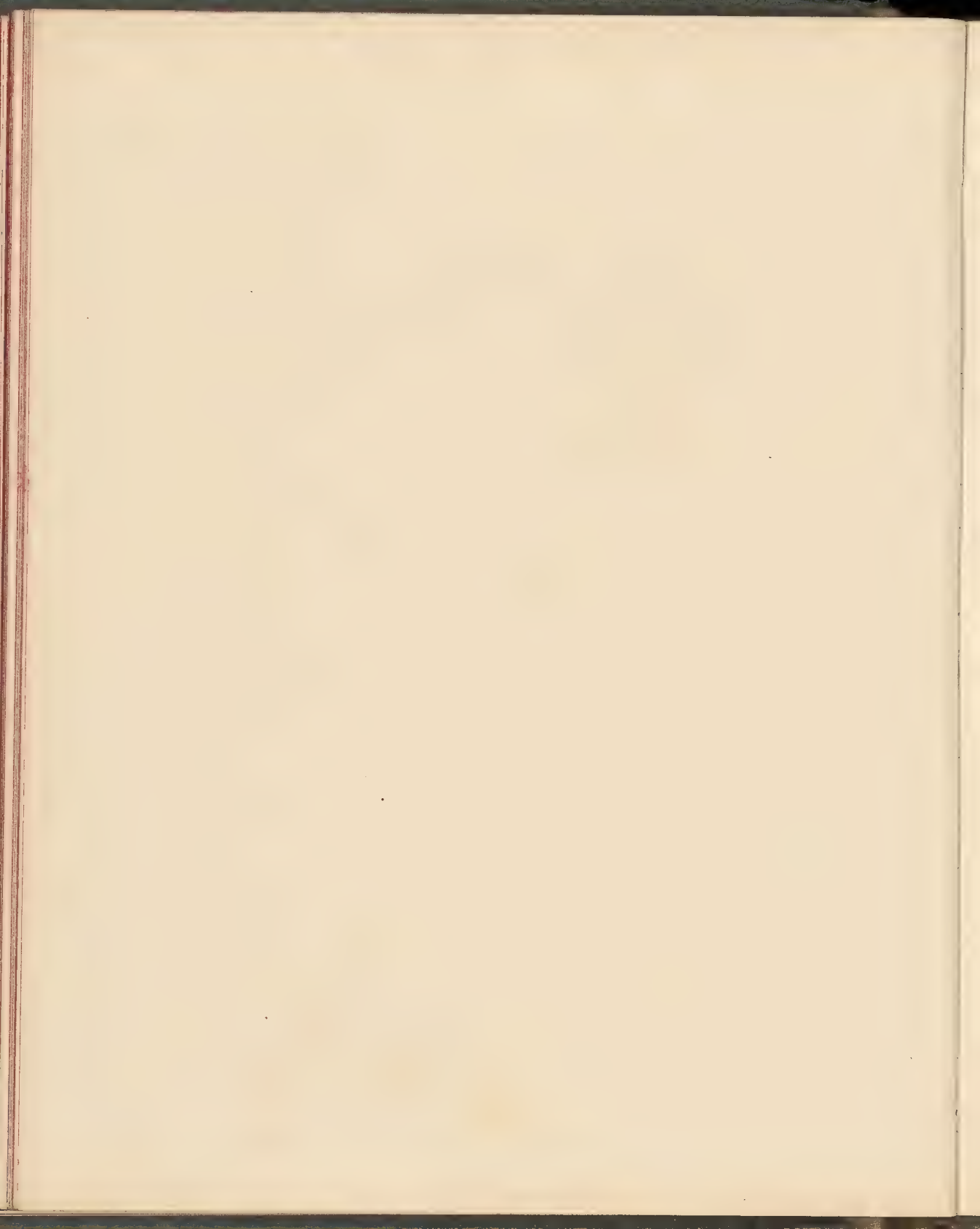
Grandes lèvres — Les grandes lèvres au nombre de deux sont situées de chaque côté de la vulve, plus épaisses à leurs parties moyennes qu'à leurs extrémités, elles se rejoignent supérieurement et inférieurement pour former les commissures antérieure et postérieure de la vulve

La commissure antérieure est peu marquée et elle surmonte le clitoris dont elle est séparée par un espace de 1c/½ environ, la commissure postérieure est plus apparente, elle est formée par l'adossement de la peau du périnée et de la muqueuse vulvaire, elle constitue un repli connu sous le nom de fourchette qui se rompt souvent pendant l'accouchement surtout chez les primipares.

On étudie aux grandes lèvres : une face interne une face externe, et deux bords.

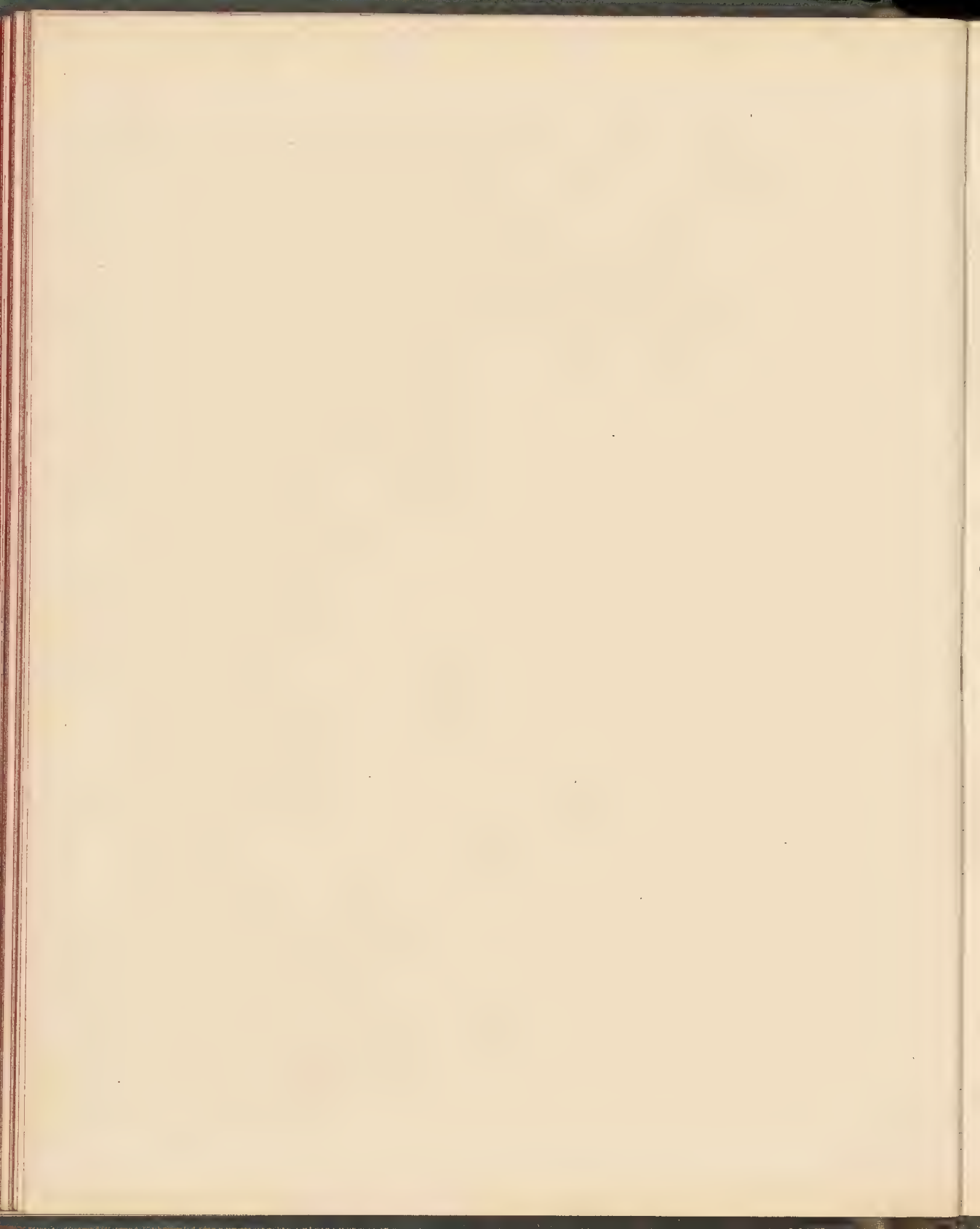
Face externe. La face externe est cutanée et convexe. elle est couverte de poils ; elle est séparée de la racine des cuisses par le pli génito-crural

Face interne. La face interne, muqueuse est rosée, dépourvue de poils et s'adosse à celle du côté opposé quand la vulve est fermée.

Bord antér.ʳ Le bord antérieur ou bord libre unit les 2 faces précédentes et présente un contour arrondi en allant de haut en bas il décrit une légère courbe à convexité antérieure, il est couvert de poils peu abondant au dessous de sa partie moyenne.

Bord post.re Le bord postérieur où adhérent est épais il s'attache à la branche ischio-pubienne et se continue avec les parties molles des régions voisines.

Structure Les parties qui rentrent dans la composition des grandes lèvres sont : la peau, des fibres musculaires lisses, un appareil élastique, du tissu cellulo-adipeux des vaisseaux et des nerfs.

Peau La peau contient beaucoup de folicules pileux et de glandes sébacées, et de glandes sudoripares. Sous la peau on trouve des fibres musculaires lisses formant le dartos de la femme, au dessous on trouve une couche de tissu cellulo-adipeux, puis une poche particulière découverte par Broca. Cette poche est piriforme, formée par des fibres élastiques entre croisées contenant dans son intérieur du tissu cellulo-adipeux On lui a donné le nom de sac élastique où poche de Broca. On trouve aussi des fibres musculaires venant du ligament rond. elle se perdent a sa partie supérieure

Vaisseaux Les artères viennent de l'artère perineale fournie par la honteuse interne, des honteuses externes fournie par la fémorale. et des épigastriques. Les veines accompagnent les artères

Les nerfs proviennent des branches génito-crural et abdominales du plexus lombaire ; d'autres sont fournis par la branche périnéale du honteux interne.

Les lymphatiques se rendent tous aux ganglions de l'aine.

Usages — Les grd. lèvres sont des organes de protection ; elles concourent en outre à l'accouchement en formant à ce moment un canal membraneux qui livre passage au foetus.

Petites lèvres — Les petites lèvres se présentent sous la forme de deux replis muqueux, d'une couleur rosée obliquement dirigées de haut en bas et de dedans en dehors. Elles s'étendent du clitoris à la partie moyenne des grandes lèvres

Diamètres — Leur longueur est de 3 à 3 c½, leur largeur de 2 c. leur épaisseur d'un demi centimètre

On leur considère 2 faces, 2 bords et 2 extrémités

Face externe. La face externe est plane, elle répond à la face interne des grandes lèvres dont elle est séparée par un sillon profond (sillon labial)

Face interne, Elle est plane et s'applique à celle du côté opposé.

Bord libre. Est inégal et dentelé ; il décrit une [illegible]

une courbe à convexité antérieure.

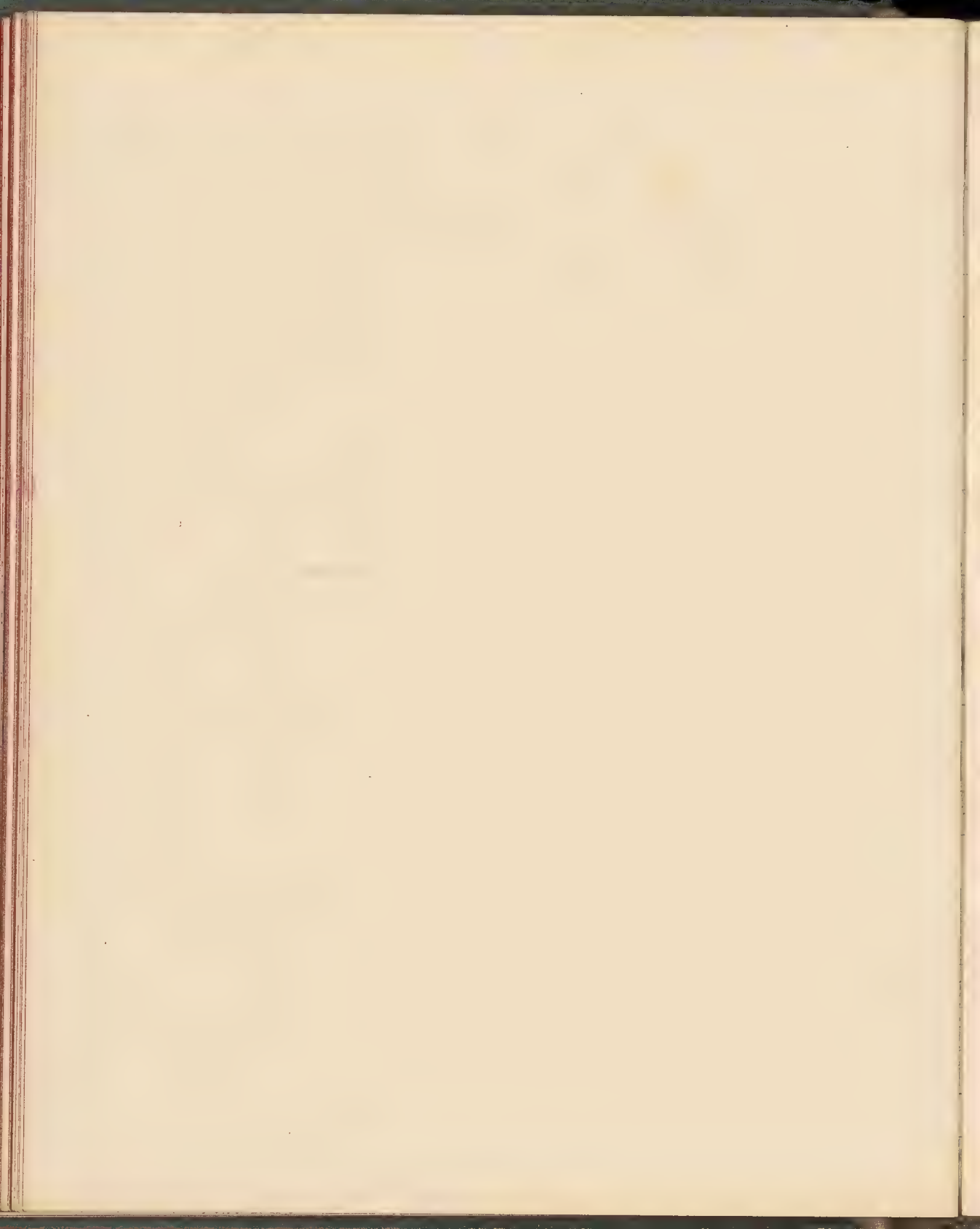
Bord adhérent Il s'insère en haut sur les côtés du vestibule en bas sur la face interne de la grande lèvre

L'extrémité supérieure se bifurque en arrivant au niveau du clitoris, la bifurcation supérieure s'unit à celle du côté opposé pour former le capuchon du clitoris (passe au dessus du clitoris) la bifurcation inférieure passe au dessous du clitoris pour s'unir à celle du côté opposé pour former le frein du clitoris.

L'extrémité inférieure des petites lèvres est effilée, elle se perd sur la face interne des grandes lèvres à peu près a leur partie moyenne

Les petites lèvres présentent des dimensions variables suivant l'âge et les individus, à la naissance elle dépassent les grandes lèvres.

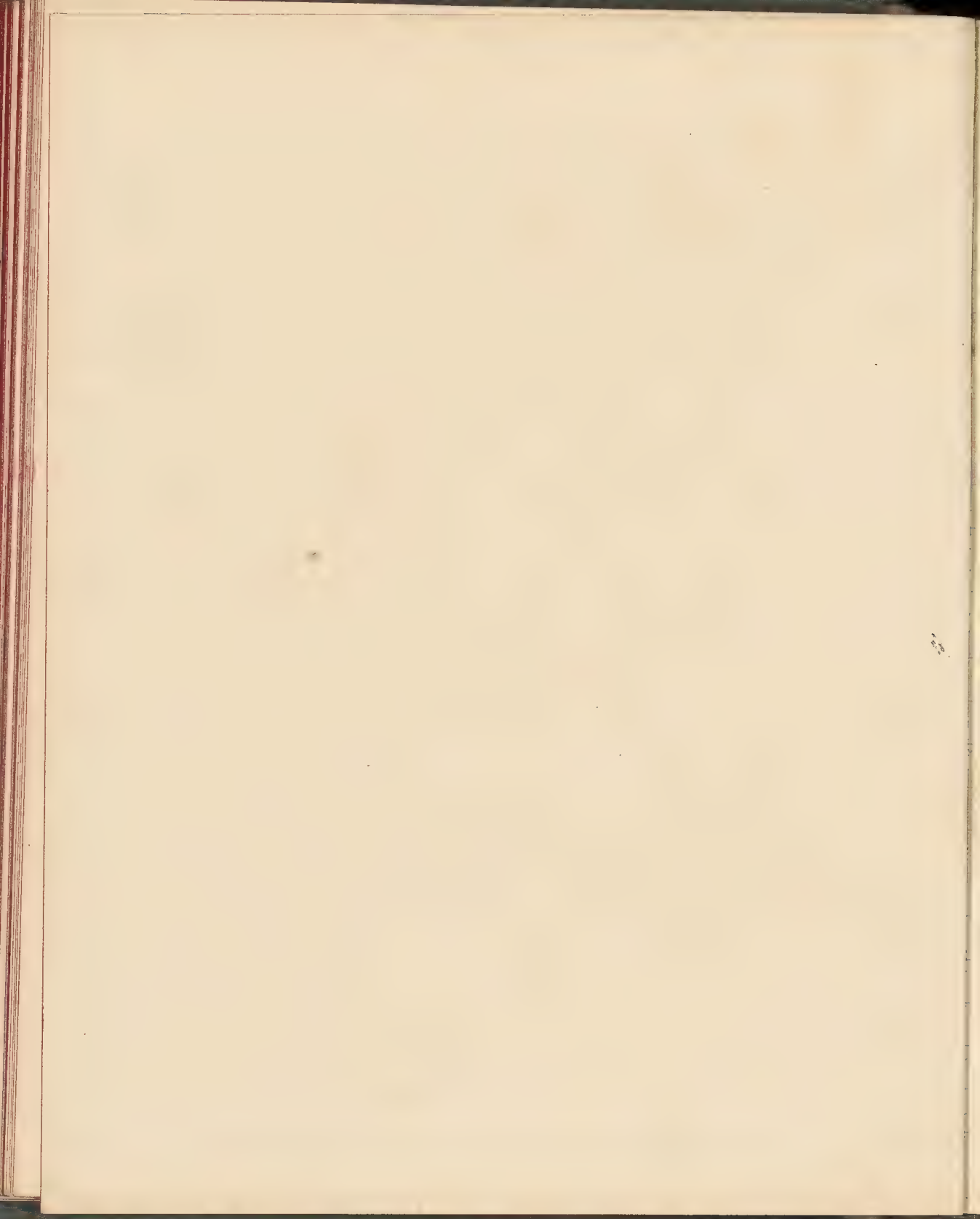
Dans certaines peuplades d'Afrique les petites lèvres acquiert une longueur de 12 a 15c. et forment ce qu'on appelle le tablier des Hottentotes.

Structure Les petites lèvres sont formées par un repli de la muqueuse vulvaire, au milieu de ce repli une couche de tissu conjonctif riche en

fibres élastiques et en vaisseaux sanguins, elles sont recouvertes d'épithélium pavimenteux dans lequel on trouve des papilles, et des glandes sébacées très nombreuses.
Les vaisseaux sanguins sont fournis par ceux des grandes lèvres, les lymphatiq. se rendent aux ganglions de l'aine.
Les nerfs viennent du ~~plexus~~ honteux interne.

Clitoris Le clitoris est un organe érectile analogue aux corps caverneux de l'homme, il naît par 2 racines longue de 2 à 3c. accolées aux branches ischio-pubienne, celles-ci arrivées à la symphyse pubienne se soudent entre elles et donnent naissance au corps du clitoris qui se termine par une extrémité libre appelée gland du clitoris, il est maintenu en place par le dédoublement des petites lèvres qui lui forme un capuchon ou prépuce.

Structure Il est se compose d'une enveloppe fibreuse et de tissu spongieux très vasculaire.

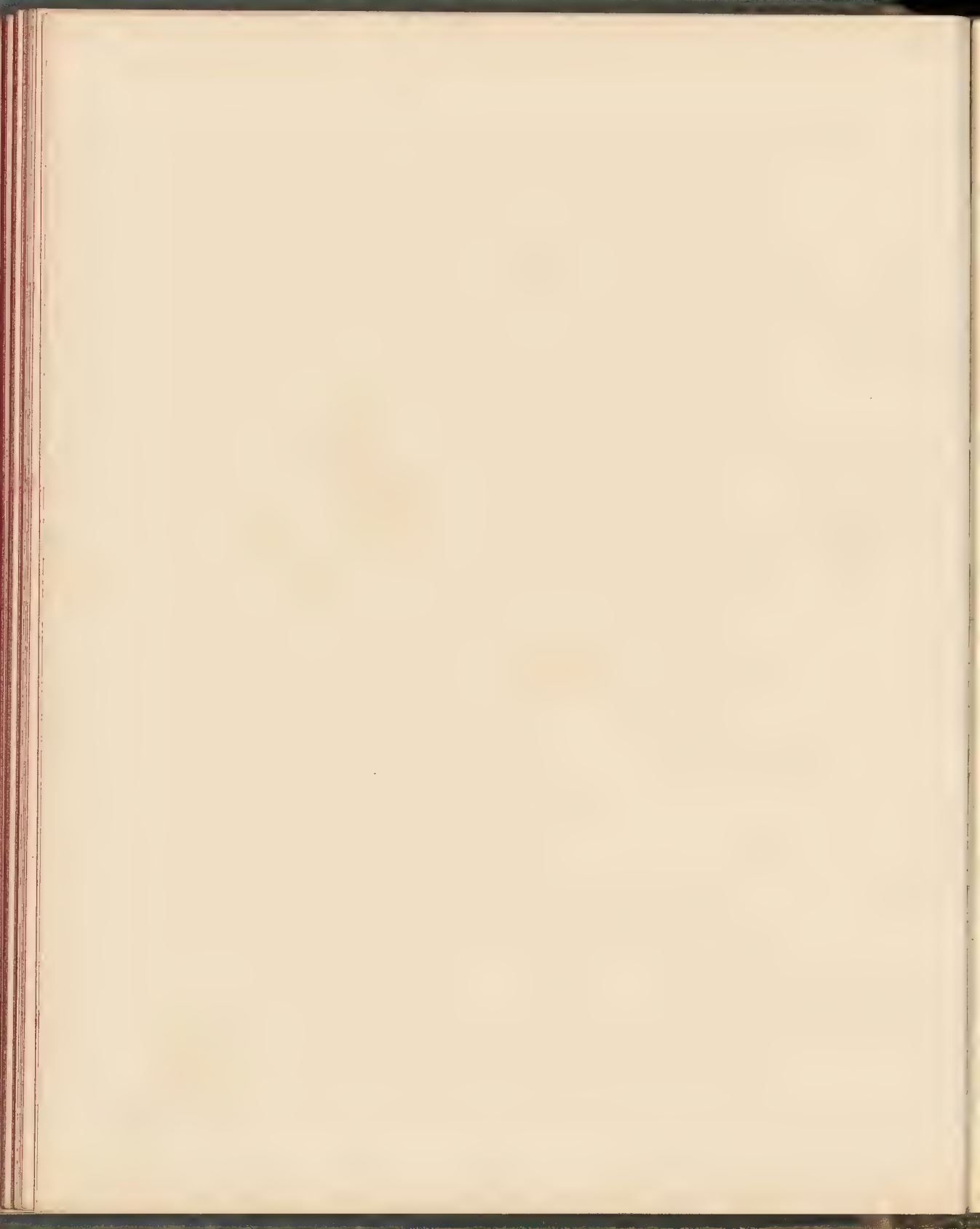
Artères Viennent de la honteuse interne : l'artère caverneuse qui de chaque côté se rend aux corps caverneux, et l'artère dorsale.

Veines Elles forment un plexus offrant 2 plans :

un superficiel qui donne naissance à la veine dorsale, un plan profond qui communique avec les veines du bulbe, des petites lèvres et de la vessie.

Nerfs. Les nerfs viennent du honteux interne.

Vestibule Le vestibule est une surface triangulaire haute de 2 c. environ, limitée en haut par le clitoris, en bas par le méat urinaire sur les côtés par les petites lèvres. Cette surface est unie et lisse, la muqueuse qui la tapisse contient des papilles et un petit nombre de glandes.

Méat urinaire Le méat urinaire est l'orifice externe de l'urèthre, il est de forme ~~cylindrique~~ circulaire il est situé sur la ligne médiane, entre le vestibule et l'extrémité antérieure de la paroi supérieure du vagin immédiatement au-dessus du tubercule antérieur du vagin qui est pris comme point de repaire pour pratiquer le catéthérisme.

Hymen L'hymen est une membrane qui ferme en partie l'orifice vaginal chez la femme vierge, cette membrane est assez mince pour être déchirée pendant les 1ers rapprochements sexuels.

Il affecte en général la forme d'un croissant cependant il peut prendre la forme d'un diaphragme circulaire, il existe alors une membrane complète avec un orifice au milieu pouvant être étroit ou large. Il y a aussi l'hymen labié présentant une fente verticale ayant 2 lèvres, l'une droite, l'autre gauche dont les bords peuvent devenir dentelés. On observe aussi au lieu d'un orifice central: 2 qui sont placés les uns a côté des autres, il peut même y avoir plusieurs orifices dont la disposition rappelle une pomme d'arrosoir, on a alors l'hymen criblé.

Il existe même des cas où l'hymen n'est pas perforé et au moment de la menstruation le sang ne pouvant pas s'écouler s'accumule dans l'intérieur des trompes, du vagin et de l'utérus (Opération, perforation de l'hymen.)

Au moment des 1ers rapprochements sexuel dans les cas où l'hymen est normal, il se produit des déchirures au nombre de 2 a 3, ces déchirures fournissent une petite quantité de sang et en se cicatrisant donnent les caroncules hyménéales.

La fosse naviculaire est représentée par un enfoncement situé entre la fourchette et l'hymen ou les caroncules myrthiformes.

Chez la femme qui a eu des enfants, les déchirures sont plus profondes, elles envahissent non-seulement l'hymen mais encore les organes voisins, par suite de la formation de tissu cicatriciel, il y a alors des ~~nodosités~~ petits petits nodules nettement séparés les uns des autres et forment les caroncules myrthiformes. Ceci est très important pour contrôler le dire des femmes qui se diront primipares quand elles seront multipares.
Parfois l'hymen est fibreux et par conséquent si résistant qu'on est obligé d'employer le bistouri sans cela les rapports seraient impossible et il y aurait obstacle à la fécondation
Pour Mr Budin la membrane hymen ~~est~~ serait un prolongement de la muqueuse vaginale
Pour Mr Tarnier il serait formé par l'adossement de la muqueuse vulvaire avec la muqueuse vaginale

Orifice vulvaire

L'orifice vulvaire se présente à l'extérieur sous l'aspect d'une fente longitudinale
Quand on écarte fortement la vulve son ouverture prend la forme d'un entonnoir à grande circonférence extérieure, ~~son entre~~ sa partie postérieure est en rapport ~~avec~~ l'orifice vaginal qui est surmonté de son tubercule antérieur

(1) Ces glandes secrètent un liquide filant, onctueux destiné à lubréfier les parties génitales.

- Pathologie -

Il peut y avoir inflammation des glandes de Bartholin de là Bartholinite.

Traitement - Enlever la glande, ou l'inciser et exprimer le pus qu'elle contient (antisepsie.)

— Glandes de Bartholin —

Les glandes de Bartholin ou vulvo-vaginales sont au nombre de deux. ~~On~~ Elles sont situées sur les parties latérales et postérieures du vagin. Ce sont des glandes en grappe dont les canaux excréteurs mesurent 15 a 18 millimètres de long et vont s'ouvrir ~~sur~~ les parties latérales de l'orifice vulvaire. La masse totale de la glande est recouverte par une enveloppe cellulo-fibreuse qui ~~envoie~~ a sa face interne envoie une serie de prolongements fibreux qui séparent les granulations entre elles.

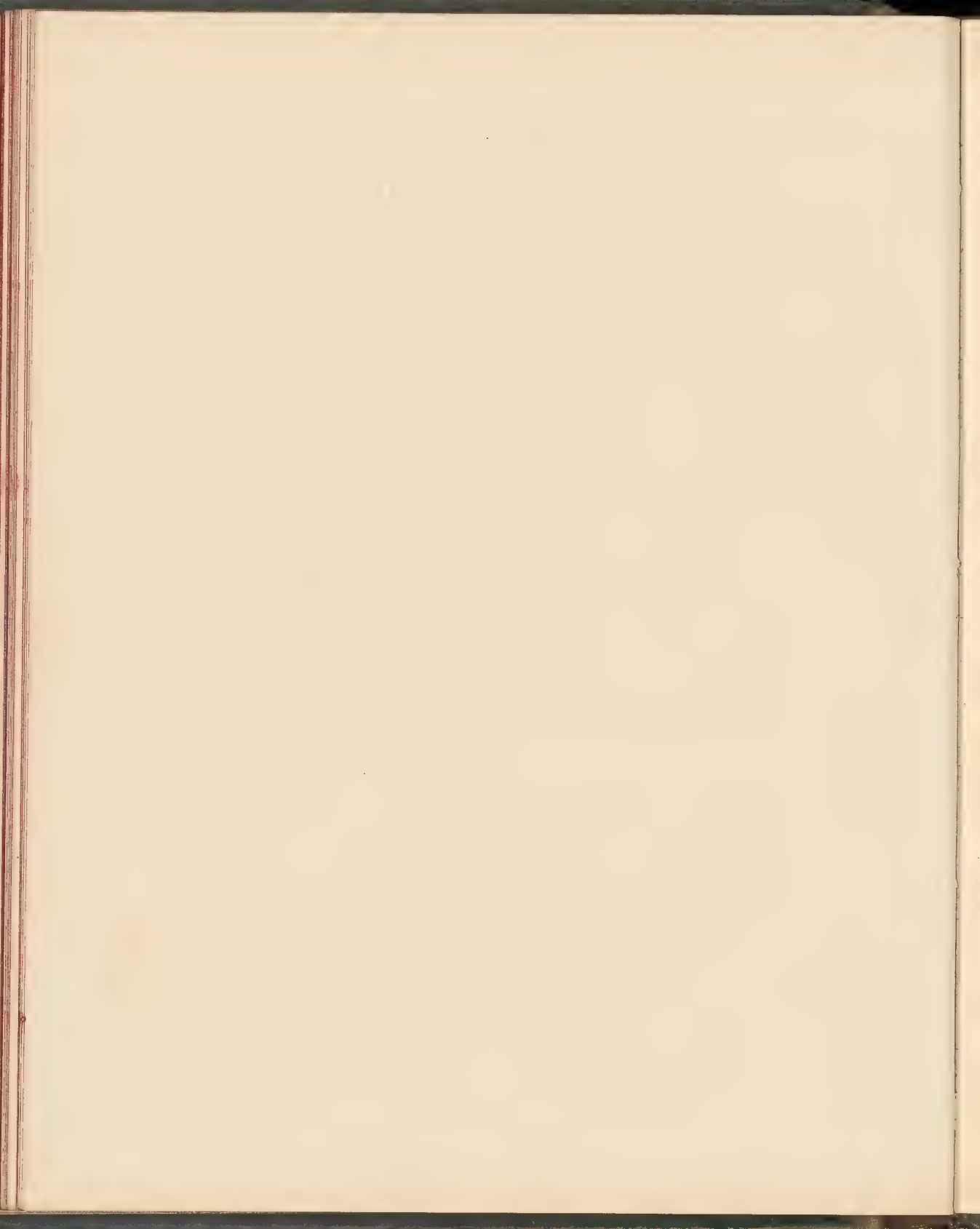
Ces glandes possèdent: des artères, des veines, des lymphatiques, des nerfs.

Artères — Elle sont au nombre de deux, elles naissent de la honteuse interne.

Veines — Elles forment un plexus à la surface de l'organe les unes se rendent dans les veines honteuses les autres dans le bulbe et dans le plexus veineux du vagin.

Lymphatiques — Les lymphatiques vont se jeter dans les ganglions pelviens.

Nerfs. — Les nerfs viennent du honteux interne.

(1)

- Organes génitaux internes -

Les organes génitaux internes comprennent : le vagin, l'utérus et ses ligaments, les trompes et les ovaires.

- Vagin -

Définition Le vagin est un canal musculo-membraneux qui s'étend de la vulve à l'utérus

Situation Il est situé dans l'excavation pelvienne entre le rectum et la vessie.

Direction Il a une direction oblique de haut en bas et d'avant en arrière, il décrit une légère courbe a concavité antérieure.

Longueur Sa longueur est variable, en général ~~mesure~~ 10c. la paroi postérieure mesure 1c. de plus que la paroi ~~antérieure~~ ~~Do~~ par suite de son insertion sur l'utérus. Il peut mesurer 12 a 18c. les négresses ont ordinairement le vagin plus long que les Européennes

Brièvetés Chez certaines femmes le vagin est très court et mesure seulement 4 a 6c. il y a brièveté congénitale. Il peut aussi y avoir brièveté acquise due à l'abaissement de l'utérus

La brièveté congénitale peut être facilement distinguée de la brièveté acquise.

Dans la brièveté congénitale en pratiquant le toucher vaginal on ne peut soulever l'utérus.

Dans la brièveté acquise, il est facile de soulever l'utérus et de le ramener à sa position normale.

Forme — Le vagin a la forme d'un cylindre aplati de haut en bas et d'avant en arrière, sa paroi antérieure est directement appliquée sur sa paroi postérieure. Cet aplatissement change au niveau de la vulve où le vagin prend l'aspect d'un orifice ovalaire dont le grand diamètre serait antéro-postérieur, son diamètre est plus étendu au niveau de l'utérus que de la vulve.

Epaisseur des parois — L'épaisseur de ses parois est de 3 à 4 millimètres

Il présente à étudier, une surface externe, une surface interne, une extrémité supérieure, un orifice inférieur.

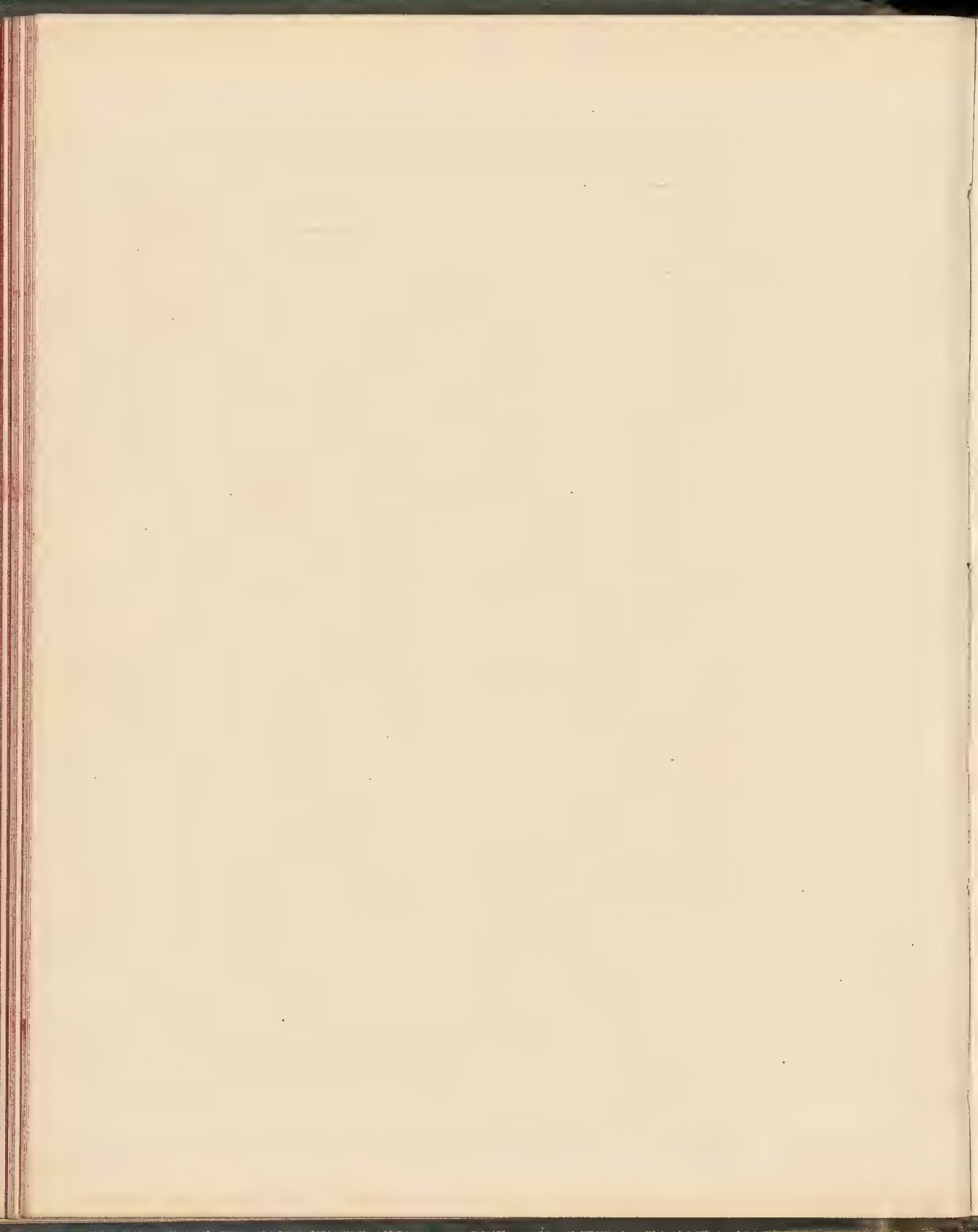
Surface ext.^{re} — A la surface externe on étudie 2 faces et deux bords.

Face antér.^{re} — La face antérieure est en rapports à sa portée supérieure avec la partie terminale

des 2 uretères et le bas-fond de la vessie ~~en~~ sa partie inférieure avec l'urèthre ce rapport explique la production des fistules uréthro-vaginales et vésico-vaginales.

Face post.re La face postérieure à sa partie supérieure est en rapport avec le rectum dont elle est séparée par le cul-de-sac de Douglas. à sa partie inférieure elle est en rapport direct avec le rectum auquel elle est unie par du tissu conjonctif très lâche constituant la cloison recto-vaginale

Bords latéraux. Les bords latéraux unissent les 2 faces. ils sont en rapport avec la partie la plus déclive des ligaments larges, avec le tissu cellulaire ~~qui~~ du plancher périnéal, avec l'aponévrose pelvienne supérieure, le releveur de l'anus. Ces bords sont recouverts inférieurement par les bulbes et le constricteur du vagin.

Surface interne La surface interne du vagin présente une série de rides ou saillies transversales qui deviennent plus épaisses au niveau de la ligne médiane où elles se confondent pour former 2 colonnes longitudinales

appelées colonnes antérieures et postérieures du vagin ; la colonne postérieure est moins prononcée que la colonne antérieure. cette dernière porte à sa partie inférieure un tubercule saillant (tubercule antér. du vagin.
Les saillies transversales sont moins marquées à mesure qu'elles s'éloignent de la ligne médiane, plus marquées chez les nullipares que chez les multipares. Elles sont [illegible] de papilles.
Le vagin par son extrémité supérieure embrasse le col de l'utérus sur lequel il s'insère en avant à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen et en arrière à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur, cette insertion divise le col en 2 portions : une sus-vaginale et une vaginale ou museau de tanche, par suite de son insertion l'extrémité supé. forme des culs-de-sac, antérieur, postérieur et latéraux

Extrémité inférre

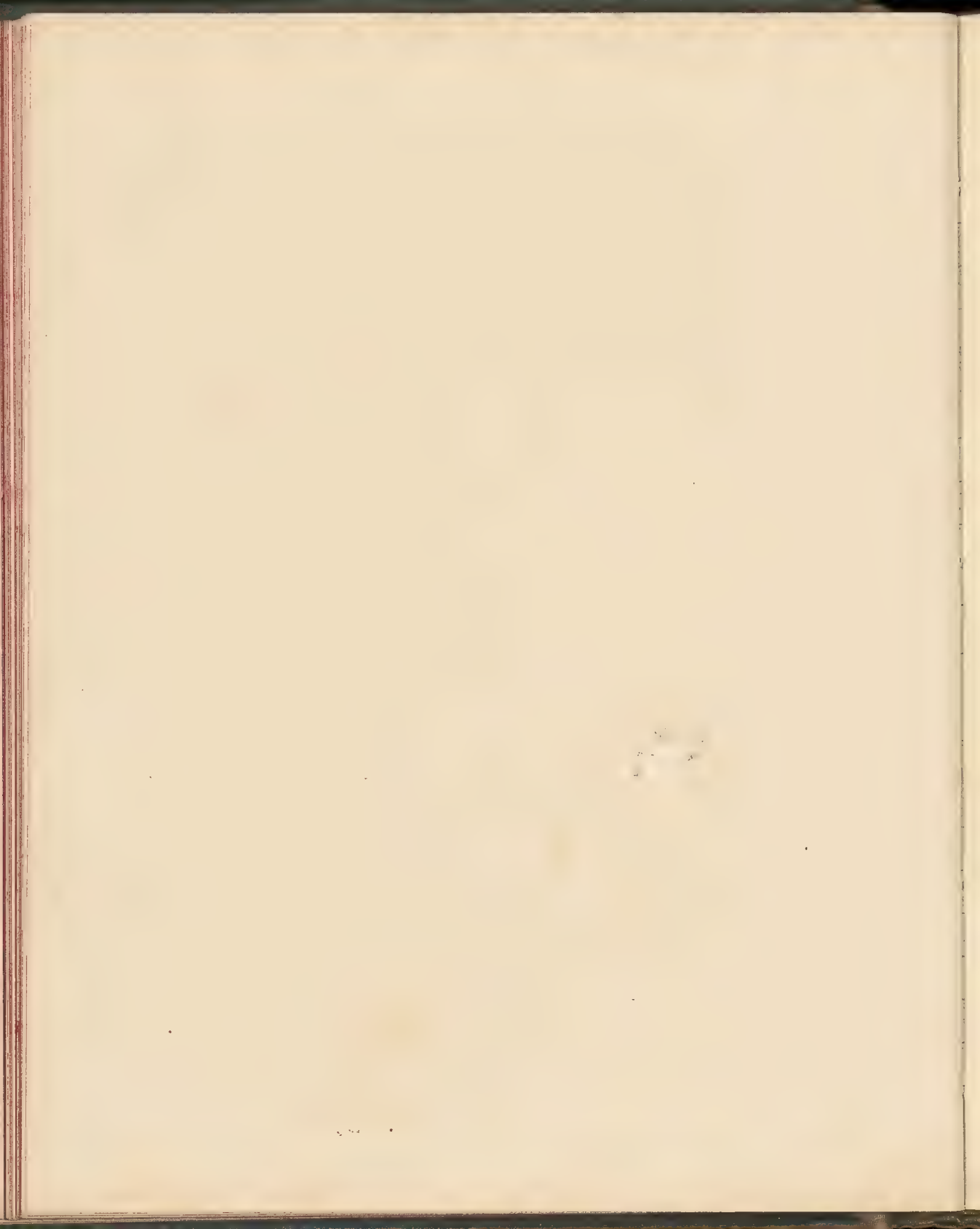
Ou orifice vaginal. cet orifice est ovalaire et constitué par les plis de la muqueuse vaginale, il se confond en avant avec

la partie postérieure de la muqueuse vulvaire, en haut il présente le tubercule antérieur du vagin, sur les parties latérales il est en rapport avec les bulbes du vagin le muscle ischio-caverneux, les racines du clitoris, il est entouré et rétréci par le muscle constricteur du vagin.

Structure Le vagin est formé par 3 tuniques superposées : une externe ou cellulo-fibreuse, une moyenne ou musculeuse, une interne ou muqueuse.

Tunique externe Elle se compose de fibres de tissu conjonctif et de fibres élastiques, elle est en rapport avec la tunique moyenne.

Tunique moyenne Elle est formée de 2 plans de fibres : un plan de fibres longitudinales et un plan de fibres circulaires.

Tunique interne Ou muqueuse est d'un rouge pâle et devient violacée pendant la menstruation et surtout pendant la grossesse, cette muqueuse est recouverte d'un épithélium pavimenteux hérissé de nombreuses papilles.

— Vaisseaux —

Artères — Les artères du vagin sont les artères vaginales qui viennent de l'hypogastrique il reçoit en outre quelques rameaux des artères utérines, vésicales inférieures et honteuses internes.

Veines — Les veines sont nombreuses et volumineuses elles forment plusieurs plexus et vont se jeter dans les veines hypogastriques.

Lymphatiques. Les lymphatiques de la partie supérieure vont se jeter dans les ganglions pelviens ceux de la partie inférieure dans les ganglions de l'aine.

Nerfs — Les nerfs viennent du plexus hypogastrique.

Bulbes du vagin

Les bubes du vagin sont 2 organes érectiles situés sur les parties latérales et ante[illegible] de l'orifice vaginale

On les a comparé à une sangsue gorgée de sang.

Il à une longueur de 35 m. largeur 15 millim épaisseur 12 m.

Cet organe est très vasculaire.

— Utérus —

Définition — L'utérus, appelé vulgairement matrice, est l'organe de la gestation, c'est dans sa cavité que s'arrête et se développe le produit de conception, c'est lui qui sera chargé d'expulser le fœtus au terme de la grossesse.

Situation — A l'état de vacuité il est placé dans l'excavation pelvienne entre la vessie et le rectum, a l'état gravide il s'élève dans la cavité abdominale.

Il est maintenu en place au moyen de ligaments.

Forme — Il à la forme d'un cône, d'une gourde, où d'une poire aplatie

Direction — L'utérus est ordinairement dirigé de haut en bas et d'avant en arrière, sa direction varie du reste avec l'état de vacuité où de plénitude de la vessie; quand celle-ci est vide le corps de l'utérus se rapproche du pubis et le col est reporté en arrière; quand elle est pleine le corps est repoussé en arrière et le col se porte en avant.

(1) A la fin de la grossesse l'utérus mesure 32c. dans le sens vertical. 24c. dans le sens transversal et 20c. dans le sens antéro-postérieur.

Chez quelques femmes l'organe bascule complèt[ement]
le fond se porte en avant, de sorte que
la paroi antérieure devient inférieure,
l'utérus est dit en antéversion le col est
reporté en arrière. Dans la rétroversion
le corps bascule en arrière et le col est reporté
en avant. Dans la latéroversion le corps est
dévié d'un côté et le col du côté opposé.
Il peut y avoir flexion du corps sur le
col: Antéflexion, rétroflexion et latéro-flexion.
Cette anomalie peut être congénitale et devient
parfois une cause de stérilité

Volume — Le volume n'est pas le même aux différents
âges. Cet organe reste peu développé jusqu'à
la 15^me année à partir de cette époque il
s'accroit jusqu'à l'âge adulte, après la
ménopause il s'atrophie et revient aux dimen-
sions qu'il avait avant la puberté.
L'utérus augmente de volume à chaque
époque menstruelle.
Les rapports sexuels et les grossesses antérieures
accroisent le volume de l'utérus

Dimensions — Chez la nullipare 6. c. en long. 3 pour le col
et 3 pour le corps, chez la multipare 7c.
(1) même dimension pour le col. 4 c. pour le c[orps]

(2) Sur la face postérieure de l'utérus à sa surface interne et externe on remarque une crête où raphé longitudinal formé par la non résorbption de la cloison des canaux de Müller.

---

(1) A la fin de la grossesse, l'utérus pèse de 6 à 7 kilog. après l'accouch.t 12 à 1500 grs.

Poids — (1) Son poids est de 40 à 48 g. chez la nullipare
48 à 58 chez la multipare.
Pour l'étudier on l'a divisé en 2 parties :
corps et col, séparés par une partie
rétrécie appelée isthme.
On lui étudie une face externe et une face
interne

Face externe du corps. A la face externe du corps on étudie :
une face antérieure, une face postérieure
~~deux~~ bords latéraux, une extrémité supérieure
1 extrémité infér^re

Face antér^re : La face antérieure est triangulaire, lisse
et légèrement convexe, elle est en rapport
avec la ~~face~~ postérieure de la vessie
dont elle est séparée par le péritoine
ou cul-de-sac vésico-utérin.

Face postérieure (2) Elle est triangulaire et lisse mais plus
convexe que la précédente, elle se
continue comme la précédente avec
le fond de l'utérus ; cette face est
en rapport avec le rectum dont elle
est séparée par le péritoine ou cul-de-sac
de Douglas.

Bords latéraux Limités en haut par les trompes en bas

par le col, sont ~~convexes~~ concaves de haut en bas.
On leur distingue 2 lèvres et un interstice
les 2 lèvres: antérieure et postérieure se continuent
avec les couches musculaires des ligaments
larges; l'interstice se continue avec le
tissu cellulaire contenu dans l'épaisseur
de ces derniers.

Extrémité supérieure

Où fond de l'utérus est la partie la plus
volumineuse de cet organe, il est presque
rectiligne dans le sens transversal chez la nullipare
légèrement convexe chez la multipare
il est limité de chaque côté par
l'insertion des trompes. Il est en rapport
avec les anses intestinales

Extrémité inférieure

L'extrémité inférieure se continue avec le col
une dépression circulaire ou isthme
indique leurs limites respectives.

Surface externe du col

Chez la nullipare le col de l'utérus est
presque cylindrique, légèrement aplati
d'avant en arrière, plus renflé à sa
partie moyenne qu'à ses deux extrémités
ce qui lui donne la forme d'un barillet
Le vagin en s'insérant sur le col de
l'utérus divise ce dernier en 2 parties

une portion supérieure ou sus-vaginale.
une portion inférieure ou intra-vaginale
La portion sus-vaginale présente à étudier
deux faces, 2 bords et 2 extrémités.
La face antér^re est en rapport avec la
vessie dont elle est séparée par le péritoine
La face postér^re en rapport avec le rectum
dont elle est également séparé par le
péritoine
Les bords latéraux sont épais et arrondis, ils
sont en rapport avec la partie infér^re
des ligaments larges.
L'extrémité supérieure se continue avec
le corps de l'utérus, l'extrémité inférieure
avec la portion intra-vaginale.
La portion intra-vaginale ou museau
de tanche est de couleur rosée, à sa partie
inférieure elle présente un orifice ou fente
transversale qui divise le museau de
tanche en 2 lèvres : antérieures et postérieures
La lèvre antérieure et plus épaisse et descend
plus bas que la postérieure
Chez les multipares cette fente transversale
est plus étendue on y trouve des cicatrices

des déchirures produites par les accouchements antérieurs, ces déchirures s'observent surtout au niveau des commissures du col, plus souvent à gauche qu'à droite à cause de la fréquence plus grande des positions O.I.G.

Surface interne

L'utérus présente une surface interne qui à l'état de vacuité circonscrit une cavité virtuelle.

On a divisé cette cavité en : cavité du corps et cavité du col.

La cavité du corps est triangulaire, elle présente : 2 faces, 3 bords et 3 angles.

Les 2 faces sont planes, séparées l'une de l'autre par une mince couche de mucus

Le bord supérieur s'étend de l'orifice d'une trompe à l'autre il limite en dedans le fond de la matrice.

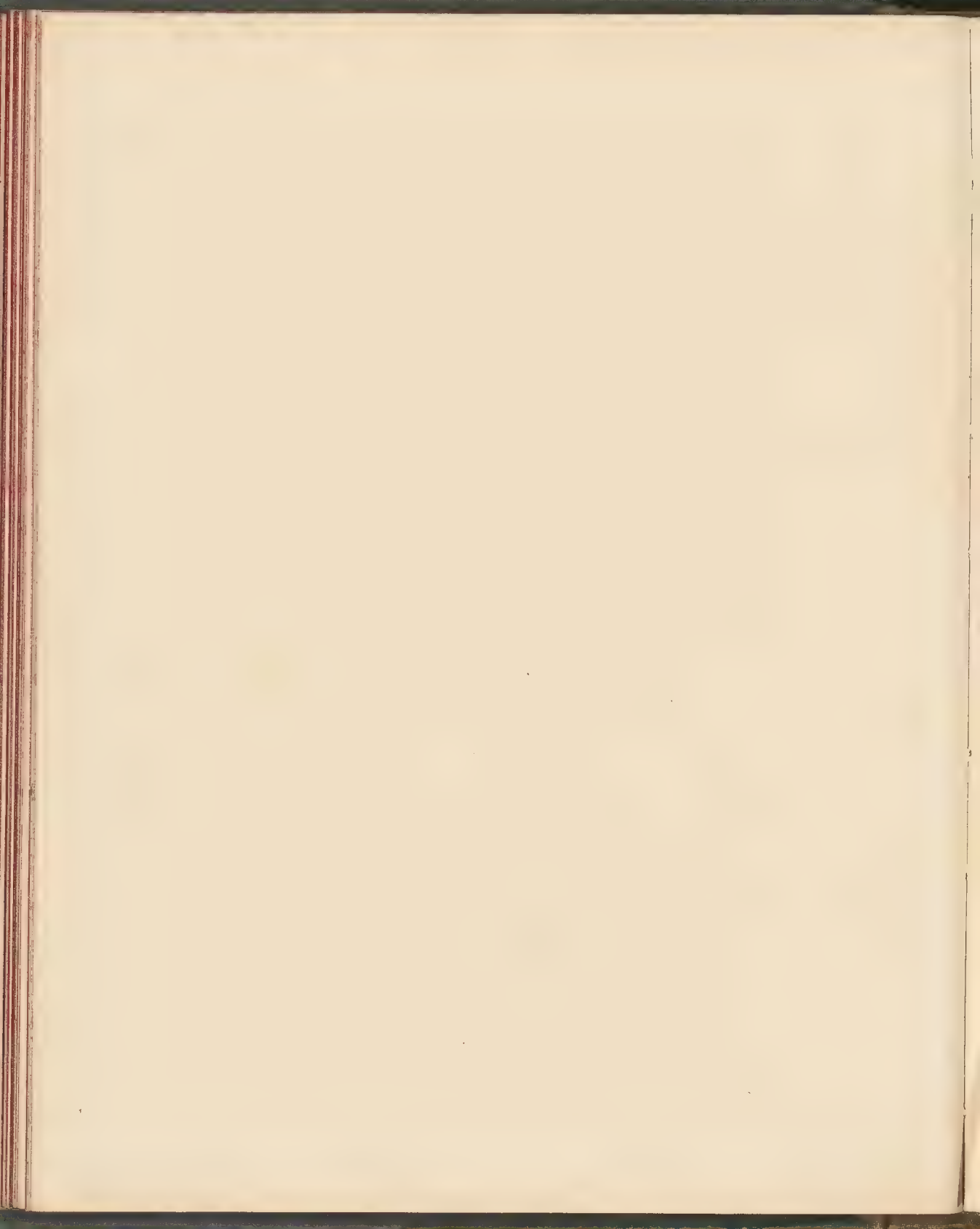
Les bords latéraux vont de l'orifice des trompes à l'orifice supérieur du col. Chez les nullipares ces bords sont curvilignes à convexité dirigée en dedans, chez les multipares il sont presque rectilignes ou décrive une légère courbe à concavité interne.

Les 2 angles supérieurs sont placés aux 2 extrémités

du bord supérieur, et présente l'orifice des trompes.
L'angle infér^re présente l'orifice interne du col qui fait communiquer la cavité du corps avec celle du col.
La cavité du col a la forme d'un fuseau aplati d'avant en arrière, elle présente: 2 faces, 2 bords, deux extrémités ou orifices.
Sur les faces antérieure et postérieure on remarque une saillie longitudinale de laquelle partent des saillies obliques et ascendantes qui constituent l'arbre-de-vie.
Les bords de la cavité du col décrivent une courbe dont la concavité regarde en dedans.
L'orifice interne à la forme d'un anneau aplati d'avant en arrière, cet orifice constitue une sorte de détroit entre les cavités du corps et du col.
L'orifice externe à été décrit précédemment.

— Structure —

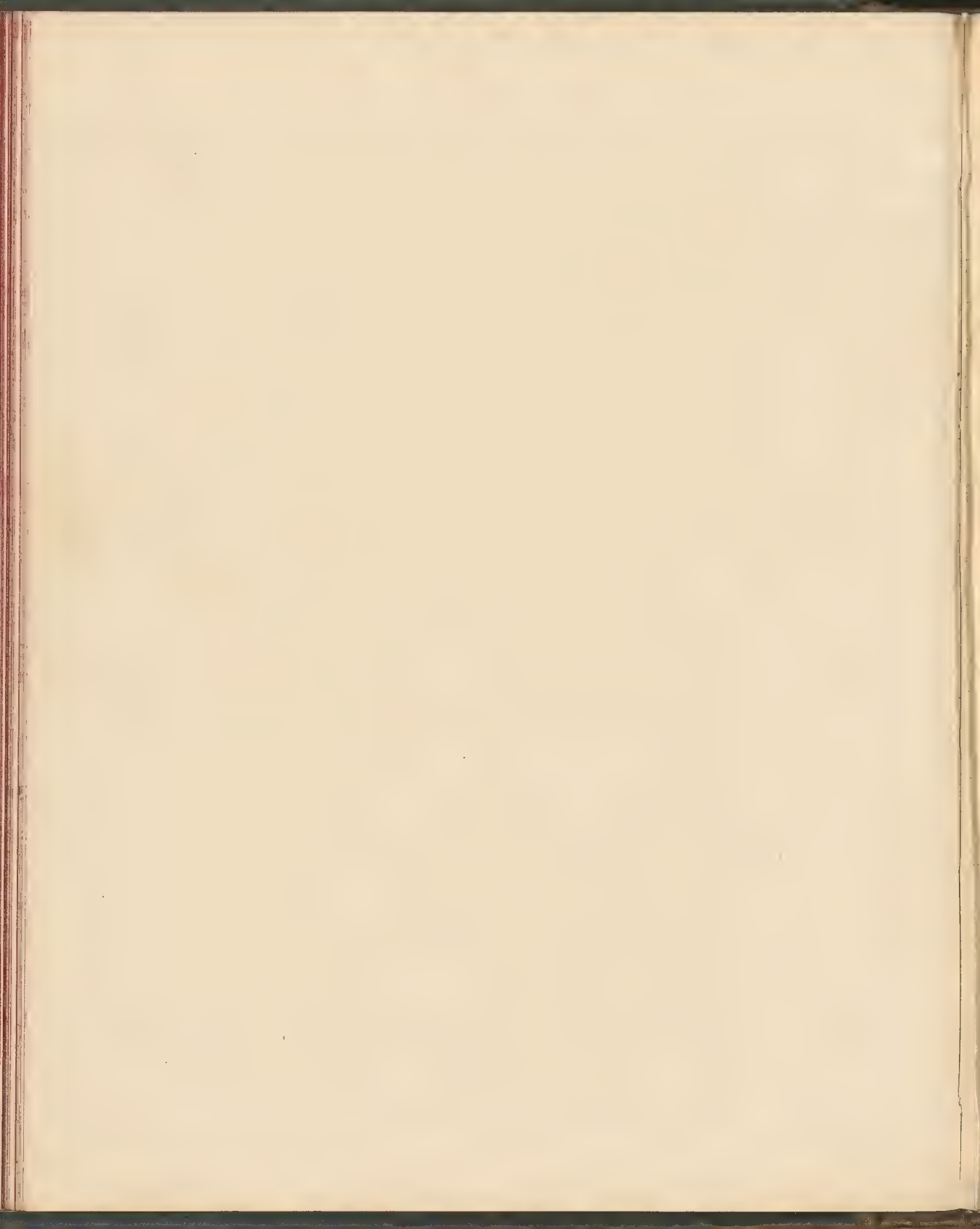
Du corps. L'utérus se compose de 3 tuniques superposées une externe ou séreuse, une moyenne ou musculeuse, une interne ou muqueuse.

tunique externe La tunique externe est formée par le péritoine

qui est très adhérent à la tunique musculaire sur la ligne médiane, moins adhérente sur les parties latérales où il se continue pour former les ligaments larges.

Tunique moyenne

La tunique moyenne se compose de 3 couches: une externe, une moyenne, une interne.

Couches externe

La couche externe se compose de 2 plans de fibres: le plan ~~externe~~ est formé de fibres longitudinales formant le faisceau ansiforme ces fibres affectent 3 directions différentes; les unes partent au niveau du col et du corps de l'organe, suivent la ligne médiane, se recourbe sur le fond la face postérieure et vont se perdre ~~dans~~ sur le col, les d'autres partent des parties latérales se dirigent horizontalement remonte sur la ligne médiane et se recourbe sur la face postérieure pour aller sur les parties latérales du côté opposé ce ~~sont~~ des fibres ~~en~~ Z, les autres sont curvilignes elles partent des parties ~~la~~térales et inférieures pour aller s'insérer sur les parties latérales et supérieures du même côté ce sont les fibres en gerbes

Le plan interne se compose de fibres transversales; quelques unes de ces fibres s'entrecroisent sur les parties latérales avec celles du côté opposé pour former des orifices qui laissent passer les vaisseaux, les autres se continuent pour former les ligaments larges, les ligaments ronds et les trompes.

Couche moyenne — La couche moyenne se compose d'un plan de fibres plexiformes s'entrecroisant en tout sens ces fibres circonscrivent des orifices qui livrent passage aux vaisseaux, Elles sont appelées ligatures vivantes (Mr Pinard)

Couche interne — La couche interne se compose de 2 plans de fibres: un plan externe de fibres longitudinales formant 2 faisceaux triangulaires: 1 antér. 1 postérieur. ces deux faisceaux se réunissent par leurs bases au niveau du fond de l'utérus et envoient un faisceau arciforme qui se continue dans les trompes, de ces faisceaux partent des fibres transversales qui en s'entrecroisant sur les parties latérales avec celles du côté opposé circonscrivent des orifices qui livrent passage aux vaisseaux.

Le plan interne se compose de fibres circulaires formant au dessus de l'orifice interne du col un véritable sphincter appelé : anneau de Bandl ou de contraction. ces fibres circulaires se continuent dans le col. Au niveau de l'orifice des trompes ces fibres circulaires forment les muscles orbiculaires des trompes et se continuent dans les trompes.

Tunique interne — La muqueuse du corps de l'utérus est d'un gris rosé, elle est lisse et percée d'orifices qui ne sont autres que les orifices des glandes, elle adhère directement à la tunique musculaire sans l'intermédiaire de tissu cellulaire.

Son épaisseur est de 1 à 2 millimètres dans l'état de vacuité de l'organe, moins épaisse au niveau des orifices des trompes et de l'orifice interne.

Structure de la muqueuse — La muqueuse se compose de 2 couches : un chorion et un épithélium.

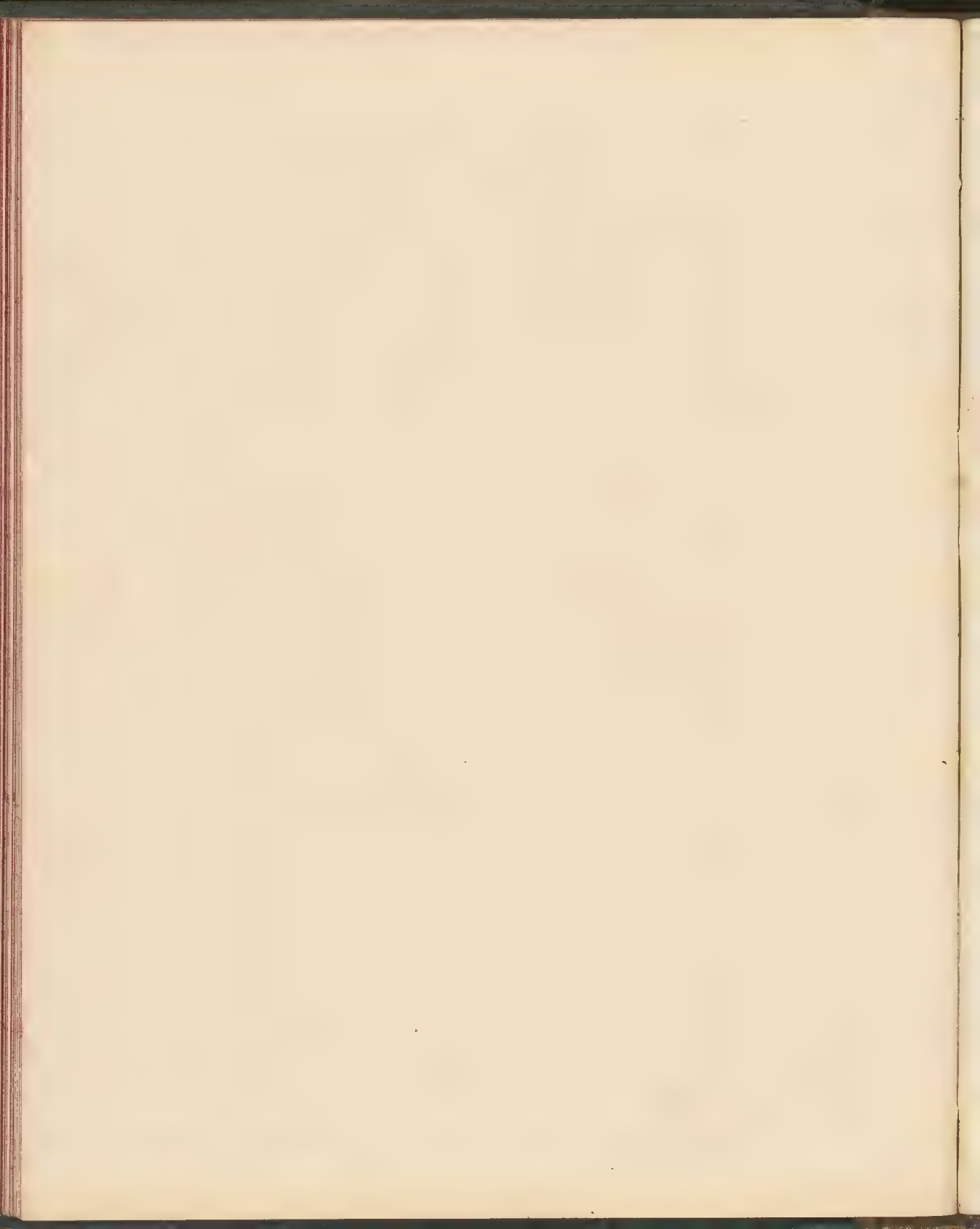
L'épithélium est cylindrique à cils vibratiles

Le chorion est très mince, il se compose de tissu conjonctif embryonnaire ou noyaux

(1) Ces glandes secrètent un liquide contenant des leucocytes et des cellules épithéliales.

embryoplastiques, des fibres lamineuses, des cellules spéciales en petite quantité, des glandes, des vaisseaux et des nerfs.
Les glandes sont en tubes, elles ont une forme cylindrique, un peu renflées à leur extrémité profonde qui est quelquefois biffide, elle sont tapissées par l'épithelium et contiennent dans leur intérieur un cil vibratil, le cul-de-sac de ces glandes avance jusque dans le muscle utérin. Ces glandes sont simples ou doublés.

(1) **Structure du col.**
Le col se compose de 3 tunique : une séreuse une musculeuse, une muqueuse
La séreuse est formée par le péritoine
La musculeuse se compose de 2 plans de fibres. un plan de fibres obliques venant des fibres transverses de la couche externe du corps de l'utérus. un plan de fibres circulaire venant du plan interne de la couche interne du corps.

Muqueuse du col
La muqueuse du col est moins épaisse que celle du corps, elle se compose d'un chorion et d'un épithélium.
Le chorion se compose de tissu conjonctif adulte et de fibres élastiques

L'épithélium est cylindrique à cils vibratils à sa portie supérieure, caliciforme à sa portie moyenne est pavimenteux à sa portie inférieure

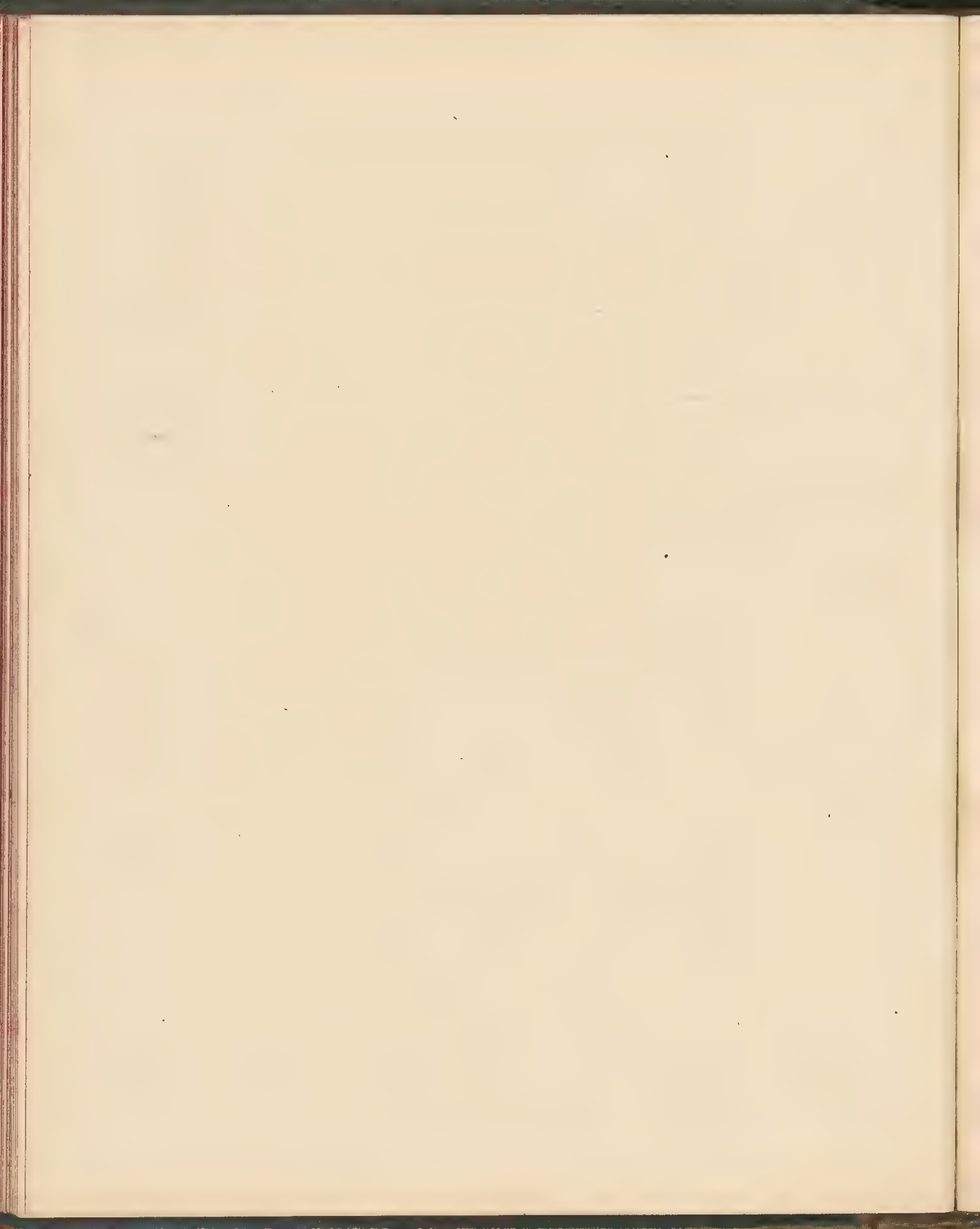
Dans la partie moyenne on trouve des glandes en grappe sécrétant un liquide visqueux, épais, glaireux, ce liquide s'accumule pendant la grossesse et forme un bouchon épais, gélatineux connu sous le nom de glaires, qui est expulsé au moment de l'accouchement

Parfois quelques unes de ces glandes s'oblitèrent et le produit de sécrétion en s'accumulant distend leurs parois, c'est ainsi que se développe des petites masses saillantes qu'on appelle œufs de Naboth.

— Vaisseaux —

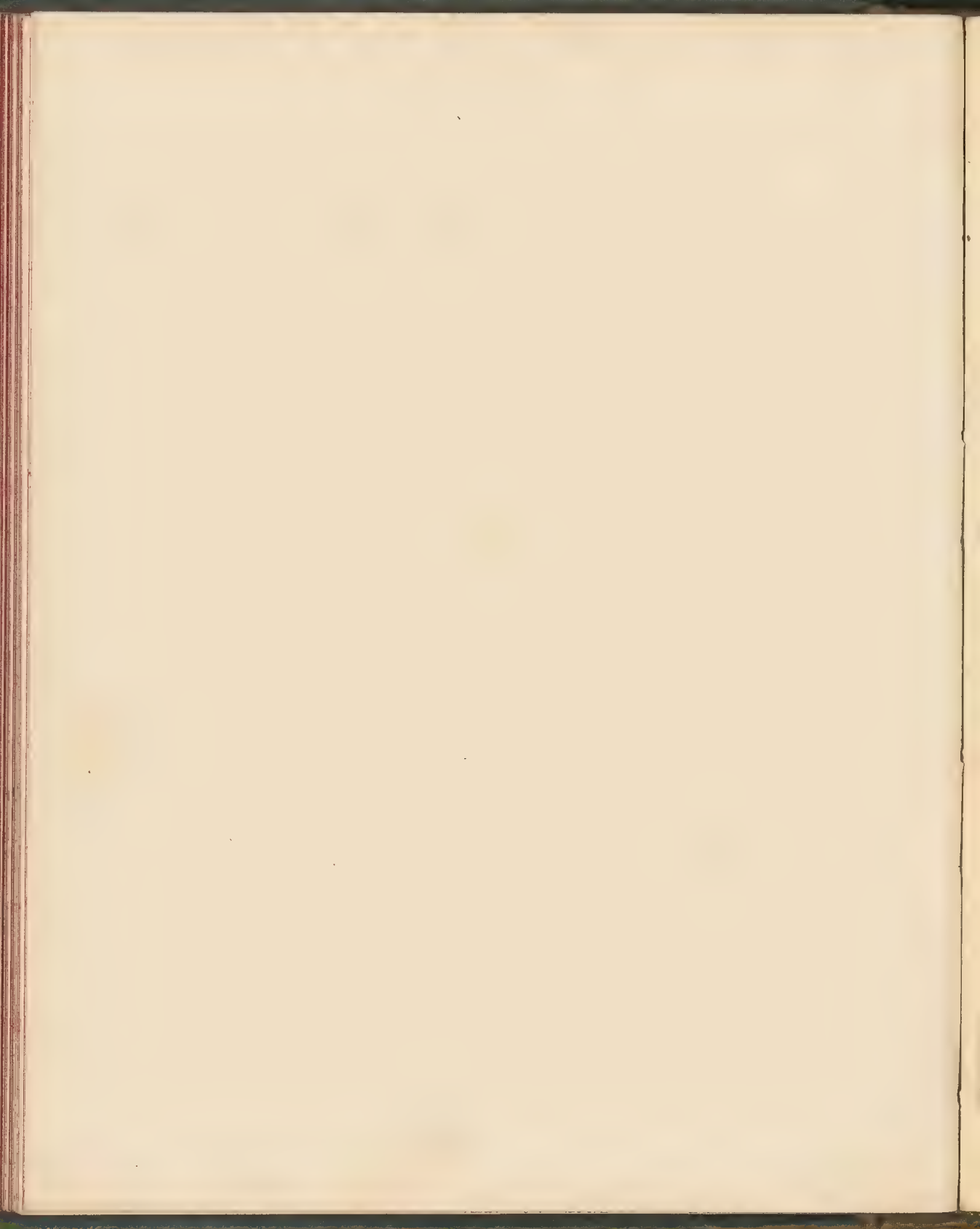
Artères

Les artères qui se rendent à l'utérus sont: Les utéro-ovariennes pour la partie supér^re^ Les utérines pour la partie inférieure

Les artères utéro-ovariennes naissent directement de l'aorte ou de la rénale. Elles prennent une marche descendante suivent ~~entre~~ le psoas et les urethères arrivées à la partie sup^re^ des ligaments larges elles envoient plusieurs branches

à la trompe et a l'ovaire, ensuite elle pénètre dans le ligament large, arrivée sur les parties latérales de l'utérus, elle se divise en plusieurs branches qui vont s'anastomoser sur la ligne médiane avec celles du côtés opposé.

L'artère utérine naît de l'hypogastrique arrivée à la partie infér^re des ligaments large elle pénètre dans ce ligament et se rend sur les parties latérales de l'utérus au niveau du corps et du col, là elle envoie 2 branches une antér^re et une postérieure qui vont s'anastomoser avec celles du côté opposé pour former le cercle de Hunguier.

L'artère utérine s'anastomose sur les parties latérales de l'organe avec l'artère utéro-ovarienne et forment ainsi l'artère puerpérale au niveau de laquelle on entend le souffle utérin.

Veines — Les veines prennent le nom des artères, elles forment 2 réseaux, un superficiel situé ou sous épithélial situé entre l'épithélium et le chorion, c'est ce réseau qui se congestionne et se rompt au moment des règles --

Les divisions de l'artère utérine forment 2 réseaux un profond situé entre entre la tunique musculaire et la muqueuse, un superficiel situé entre le derme et l'épithelium, c'est ce réseau sous-épithélial qui se congestionne et se rompt au moment des règles.

Veines Les veines f[illegible] de l'utérus se jettent dans le plexus pampiniforme.

Lymphatiques Il existe au niveau de l'utérus, 3 plans de vaisseaux lymphatiques disposés sous forme de réseaux : un sous-péritonéal, un musculaire, un sous-muqueux, Les vaisseaux lymphatiques du corps se jettent dans les ganglions lombaires ceux du col dans les ganglions pelviens.

Les nerfs viennent du plexus hypogastrique et du plexus ovarique et pénètrent dans l'épaisseur des parois utérines, ils se rendent principalement au tissu musculaire.

— Moyens de fixité de l'utérus —

Les ligaments de l'utérus sont au nombre de huit : les ligaments larges, les ligaments ronds, les ligaments utéro-sacrés et les lig. vésico-utérins. Tous ces ligaments servent de soutien à l'utérus et tendent à le maintenir dans sa situation normale.

Ligaments larges — Les ligaments larges sont constitués par 2 feuillets péritonéaux adossés, qui se dirigent transversalement des bords latéraux de l'utérus vers les côtés du bassin, ils forment avec l'organe qu'ils contiennent entre eux, une cloison divisant l'excavation en deux moitiés : une antérieure qui contient la vessie, une postérieure qui contient le rectum

Forme — Il a une forme quadrilatère et présente à étudier 2 faces et 4 bords

Face antérre — La face antérieure est en rapport avec la vessie et l'urèthre

Face postre — La face postérieure est en rapport avec le rectum et des circonvolutions intestinales

Bord interne — Le bord interne s'insère sur les parties latérales de l'utérus.

Bord externe — Le bord externe s'attache sur la partie latérale de l'excavation et se continue avec le péritoine Il est en rapport avec le muscle obturateur interne et son aponévrose pelvien

Bord inférieur. Le bord inférieur répond au tissu cellulaire qui recouvre le plancher pelvien.

Bord supérieur Le bord supérieur présente 3 ailerons : un antérieur qui laisse passer le ligament rond, un moyen pour la trompe et un postérieur pour l'ovaire

Structure Les feuillets péritonéaux comprennent dans leur intervalle : des fibres musculaires, du tissu conjonctif des vaisseaux et des nerfs et le corps de Rosenmüller

Entre ces 2 feuillets : 2 couches de fibres musculaires venant du second plan de la couche externe de l'utérus, entre ces 2 couches on trouve du tissu conjonctif très abondant.

L'inflammation de ce tissu amène flegmons du ligament larges.

Le corps de Rosenmüller est un vestige du corps de Wolff atrophié, il est situé entre l'ovaire et la trompe. Il peut s'enflammer et être le siège de petits kystes ou fibrômes.

Vaisseaux Les vaisseaux et les nerfs des ~~ligations~~ ligaments larges viennent de l'utérus et de l'ovaire.

Action Les ligaments larges soutiennent l'utérus et empêchent les déviations latérales.

Ligament rond. Le ligament rond est destiné à maintenir l'utérus en place et l'empêche de basculer en arrière.
Il est situé dans l'aileron antérieur du ligament large
Il s'insère à la partie supérieure et antérieure de l'utérus un peu au dessous de la trompe, se dirige obliquement d'arrière en avant passe par le canal inguinal et se divise en 3 faisceaux : 1 qui s'insère à la paroi inférieure de ce canal, l'autre s'insère à l'épine du pubis, le 3ème va se perdre dans les grandes lèvre.

Structure. Il se compose d'une enveloppe péritonéale de fibres musculaires lisses ~~à sa partie supé~~ provenant du 2ème plan de la couche externe de l'utérus, de fibres striées dans sa portée inférieure, ces fibres striées viennent du grd. oblique et du transverse de l'abdomen

Artère L'artère du ligament rond est l'artère funiculaire qui vient de l'épigastrique

Veines Plusieurs veines accompagnent cette artère, la principale va se jeter dans la veine épigastrique.

Nerfs — Les nerfs viennent de la branche génito-crurale. Il existe une certaine quantité de tissu conjonctif et de fibres élastiques qui unissent toutes ces parties l'une à l'autre.

Ce ligament à une résistance considérable. il peut se rompre, la rupture se fait au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Il peut s'alonger de 2 c. celà constitue une rétroversion (Faire opération d'Alexander qui consiste à raccourcir ce ligament.)

Ligaments utéro-sacrés — Les ligaments utéro-sacrés ou de Douglas ont pour but de maintenir l'utérus au centre de l'excavation.

Ils partent de la partie inférieure de la face postérieure de l'utérus au dessus de l'insertion du vagin et vont ~~s'insérer~~ s'insérer sur les parties latérales ~~de~~ et antérieure des 3^me^ et 4^me^ vertèbres sacrées.

Ils sont ~~constitués~~ formé par un repli du péritoine et par des fibres musculaires lisses venant du faisceau arciforme de l'utérus

Vésico-utérins — Les ligaments vésico-utérins sont constitués par des fibres musculaires lisses venant du faisceau arciforme de l'utérus et du vagin. Ce ligam. est recouvert par le péritoine.

- Trompes -

Définition Les trompes utérines où de Falloppe où oviductes sont des conduits qui livrent passage aux spermatozoïdes et aux ovules.

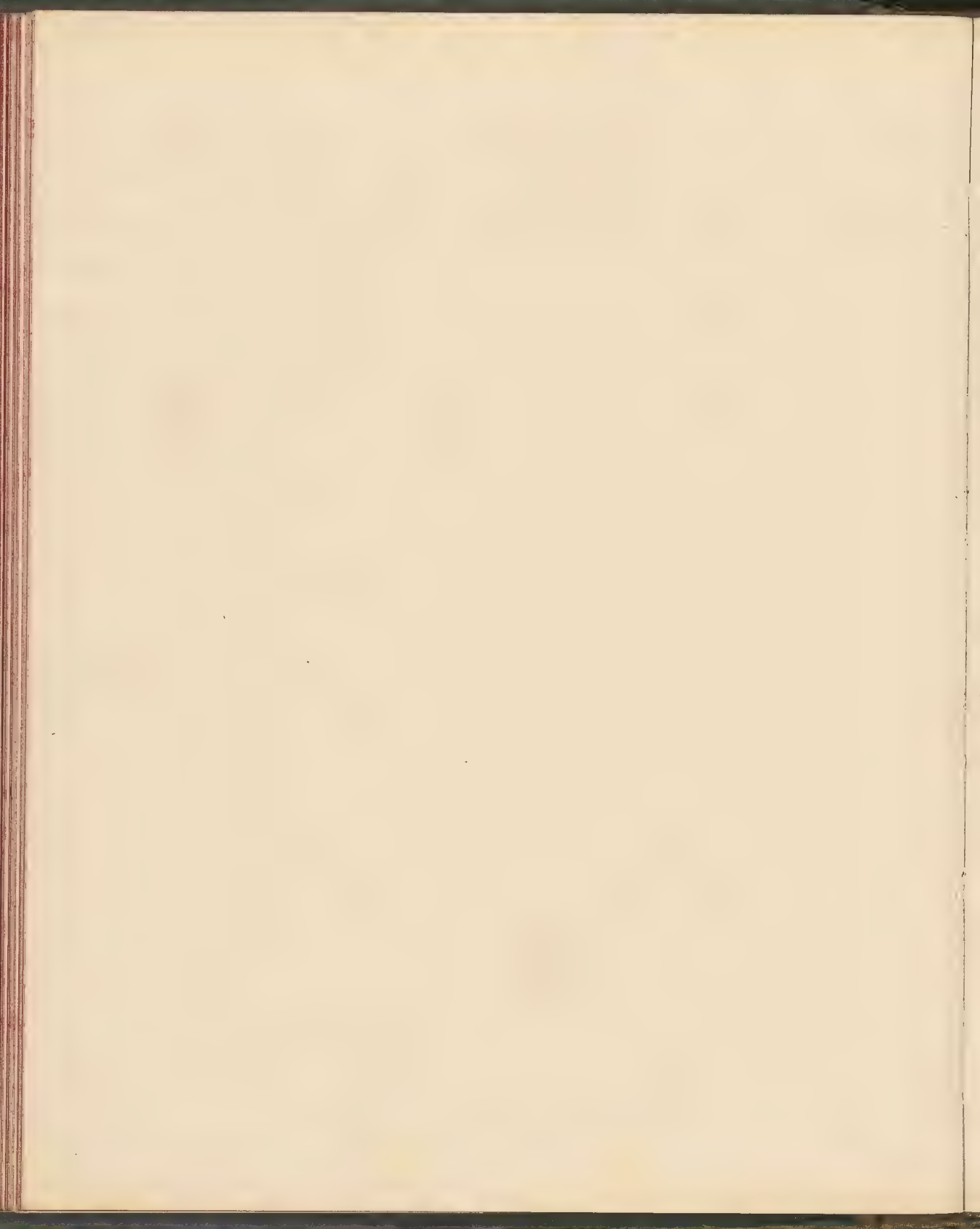
Nombre Elles sont au nombre de deux

Direction Elles s'étendent horizontalement des parties latérales de l'utérus vers les parties latérales de l'excavation pelvienne.

Situation Elles sont situées dans l'aileron moyen des ligaments larges.

Longueur Leur longueur est de 12c. leur diamètre du voisinage de l'utérus est de 4c, au ~~voisinage~~ niveau de l'orifice externe de 7 à 8c. à leur extrémité supérieure elles s'infléchissent en arrière pour aller à l'ovaire.

Forme On les a comparées à une trompette.
On lui étudie 3 portions: 1^{ère} une portion interstitielle 2^{ème} portion tubuleuse où corps de la trompe, 3^{ème} une portion évasée ou pavillon de la trompe.

1^e portion La portion interstitielle est la partie comprise dans l'épaisseur des parois utérines, elle débouche dans l'utérus par un orifice appelé ostium - utérinum

2me portion — Le corps de la trompe à été divisé en 2 parts : l'isthme et la partie ampulaire.
L'isthme a 3c. de long. cette partie est très dure
La partie ampulaire à 6 a 7c. de long.

3me portion — Le pavillon est un large entonnoir qui regarde en bas en arrière et en dedans.
On étudie à la trompe une surface externe et une surface interne.

Surface externe — La surface externe est lisse, unie, blanchâtre, coloration due au péritoine qui la recouvre, arrivé au bord de la trompe ce péritoine se continue avec la muqueuse.

Surface interne — La surface interne est rosée, elle ~~est~~ présente des plis longitudinaux donnant naissance à des plis secondaires.
Le pavillon a été divisé en 2 parties : sommet et base.
La base présente des franges dont l'une plus longue que les autres constitue le ligament tubo-ovarien qui s'étend de la trompe à l'ovaire

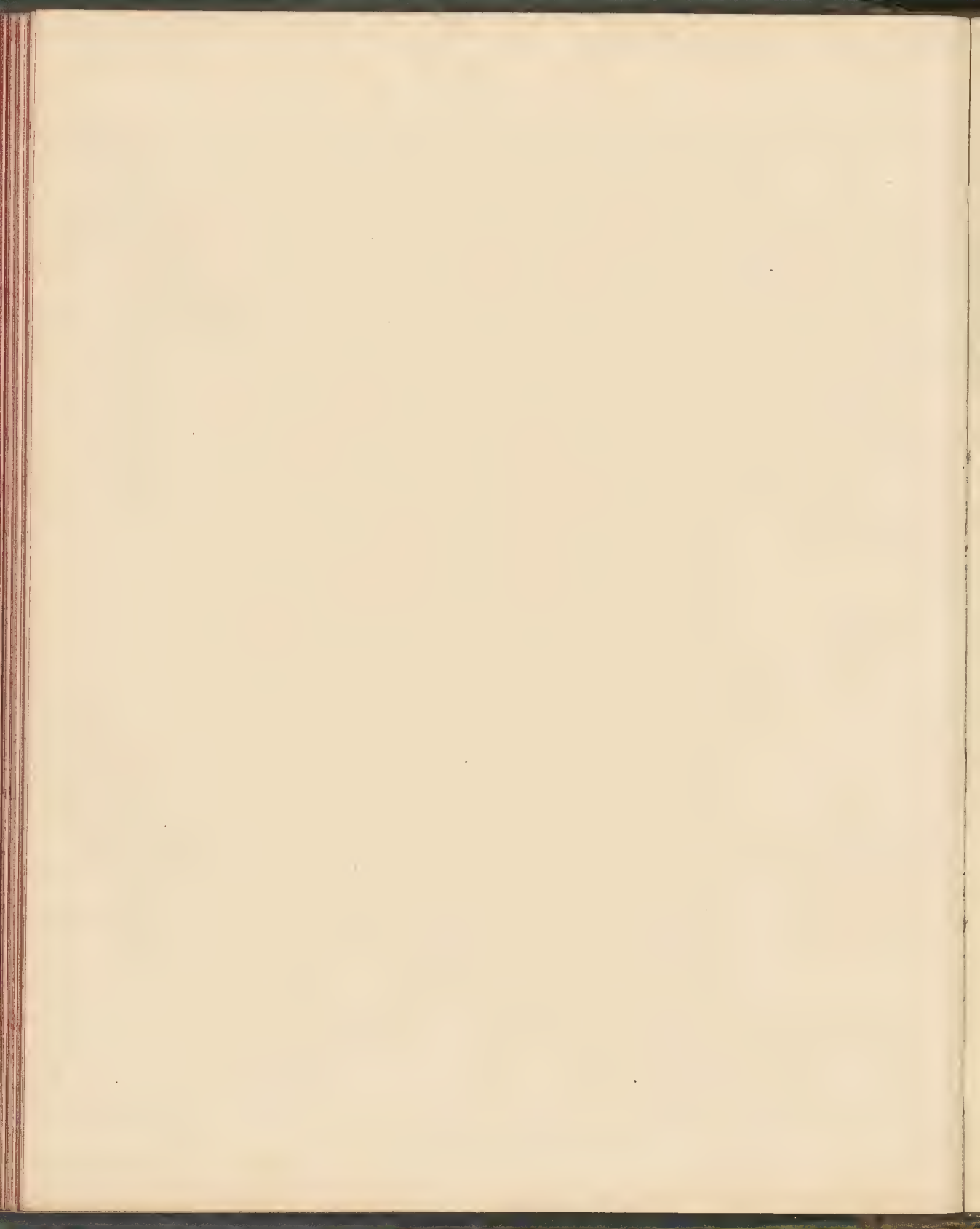
Structure — Elle se compose de 3 tuniques : une séreuse, une musculeuse et une muqueuse.

La séreuse est formée par le péritoine, cette couche est ~~i~~ incomplète elle est disposée en forme de méso, appelé méso-salpinx.
La musculeuse se compose de 2 plans de fibres: un plan de fibres longitudinales dont les unes viennent du plan interne de la couche externe de l'utérus, les autres du plan externe de la couche interne de l'utérus. Le 2me plans se compose de fibres circulaires qui se continue avec les fibres circulaires des muscles orbiculaires des trompes.
La tunique muqueuse se continue en dedans avec la muqueuse utérine et se termine en dehors sur le bord libre du pavillon, où elle se relie à la tunique péritonéale
Cette muqueuse se compose d'un derme et d'un épithelium cylindrique à cils vibratils

Artères — Les artères viennent de l'artère ~~ovarique~~ utérine ~~qui~~ ~~une branche de~~ l'utéro-ovarienne

Veines — Les veines vont ~~se~~ se jeter dans le plexus ~~pampiniforme~~

Lymphatiq. — Les lymphatiques se jettent dans les ganglions lombaires

Nerfs. — Ces vaisseaux sont accompagnés par des fibres nerveuses de Rémack venant du plexus ovarique

— Ovaires —

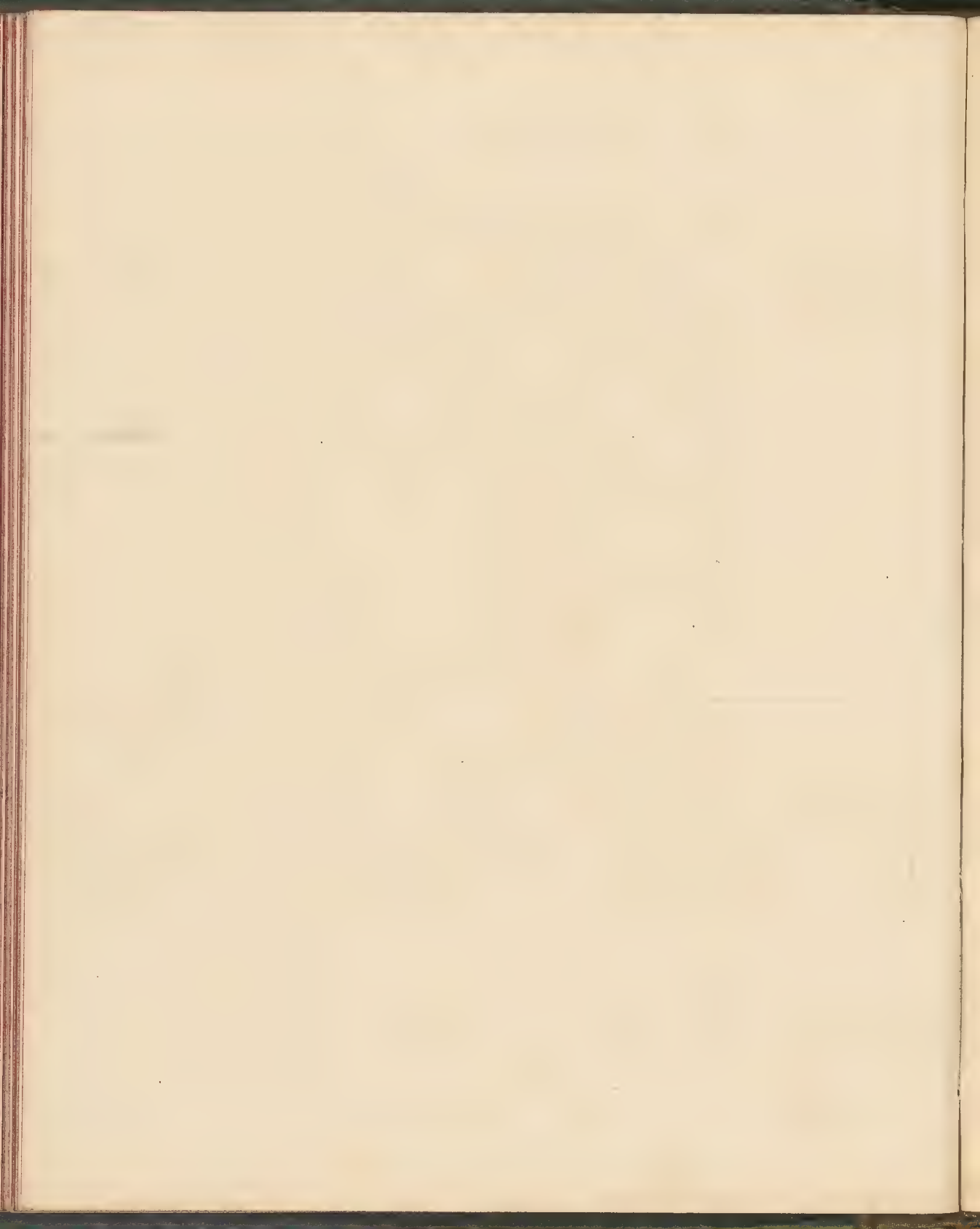
Définition Les ovaires sont les principaux organes de la génération

Situation Chez l'embryon ils sont situés dans la cavité abdominale, chez le foetus ils sont situé au niveau du détroit supérieur vers la fin de la grossesse ils descendent dans l'excavation pelvienne, dans l'aileron postérieur du ligament large.

Nombre. Ils sont au nombre de deux.

Forme Ils ont la forme d'amande

Moyens de fixité Ils sont maintenu par 3 lig: un ligament tubo-ovarien qui le relie à la trompe; un ligament utéro-ovarien composé de fibres musculaires lisse venant du plan intérieur de la couche externe de l'utérus; un ligament rond postérieur ou lombo ovarien. (Décrit par Rouget)

Direction La situation et sa direction sont variable suivant qu'on l'étudie, l'utérus étant à l'état de vacuité ou l'état gravide. A l'état de vacuité il est situé dans l'excavation pelvienne à l'état de gravidité on le trouve dans la cavité abdominale

le gauche est surtout accessible.

Dimensions — Dans le sens transversal 4c; sens vertical 2 et 1/2 dans le sens antéro-postérieur

Poids — Leur poids est de 8 grs. en moyenne.

Coloration — L'ovaire à une coloration rouge, mais il devient violacé pendant la menstruation et pendant la grossesse.

Ils sont obliques de haut en bas et d'arrière en avant, ainsi la face antérieure regarde en avant et en haut, la face postérieure en arrière et en bas.

Le bord supérieur est convexe, le bord inféri: ou hile est rectiligne, c'est par ce hile que pénètrent les vaisseaux et les nerfs.

L'extrémité interne donne insertion au ligament utéro-ovarien, l'extrémité externe au ligament tubo-ovarien,

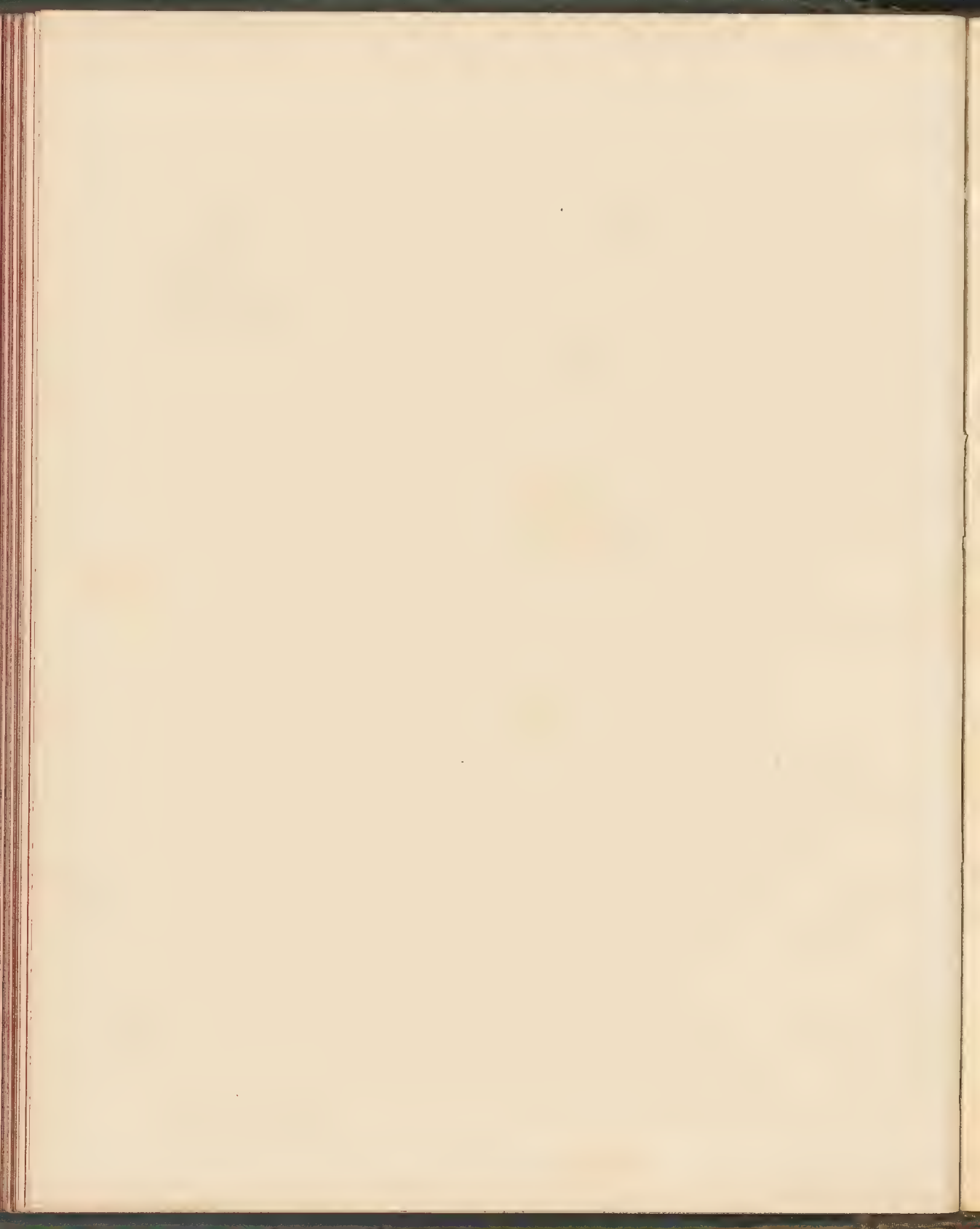
Avant l'âge de la puberté la surface externe de l'ovaire est lisse, après la menstruation elle est criblée, on voit des cicatrices qui portent le nom de corps jaunes.

Structure — L'ovaire se compose de 2 parties: une partie périphérique, corticale ou ovigène; une partie centrale, medullaire ou bulbeuse.

La portion bulbeuse est d'un rouge vif, très contractile, elle est composée de fibres musculaires lisses, de tissu conjonctif et de nombreux vaisseaux; les fibres de cette partie centrale se dirigent vers la périphérie de l'ovaire; en formant la charpente de la substance corticale, puis forme à la surface de l'ovaire une capsule fibreuse appelée albuginée

Sous cette capsule on trouve un épithélium à cellules plates, et dans l'intérieur des cloisons on trouve des folicules de de Graaf au nombre de 350-000 par ovaire, dont un, arrivé à maturité se rompt à chaque époque menstruelle.

Structure d'un folicule Il se compose d'une membrane d'enveloppe d'une membrane granuleuse, du liquide et de l'ovule.

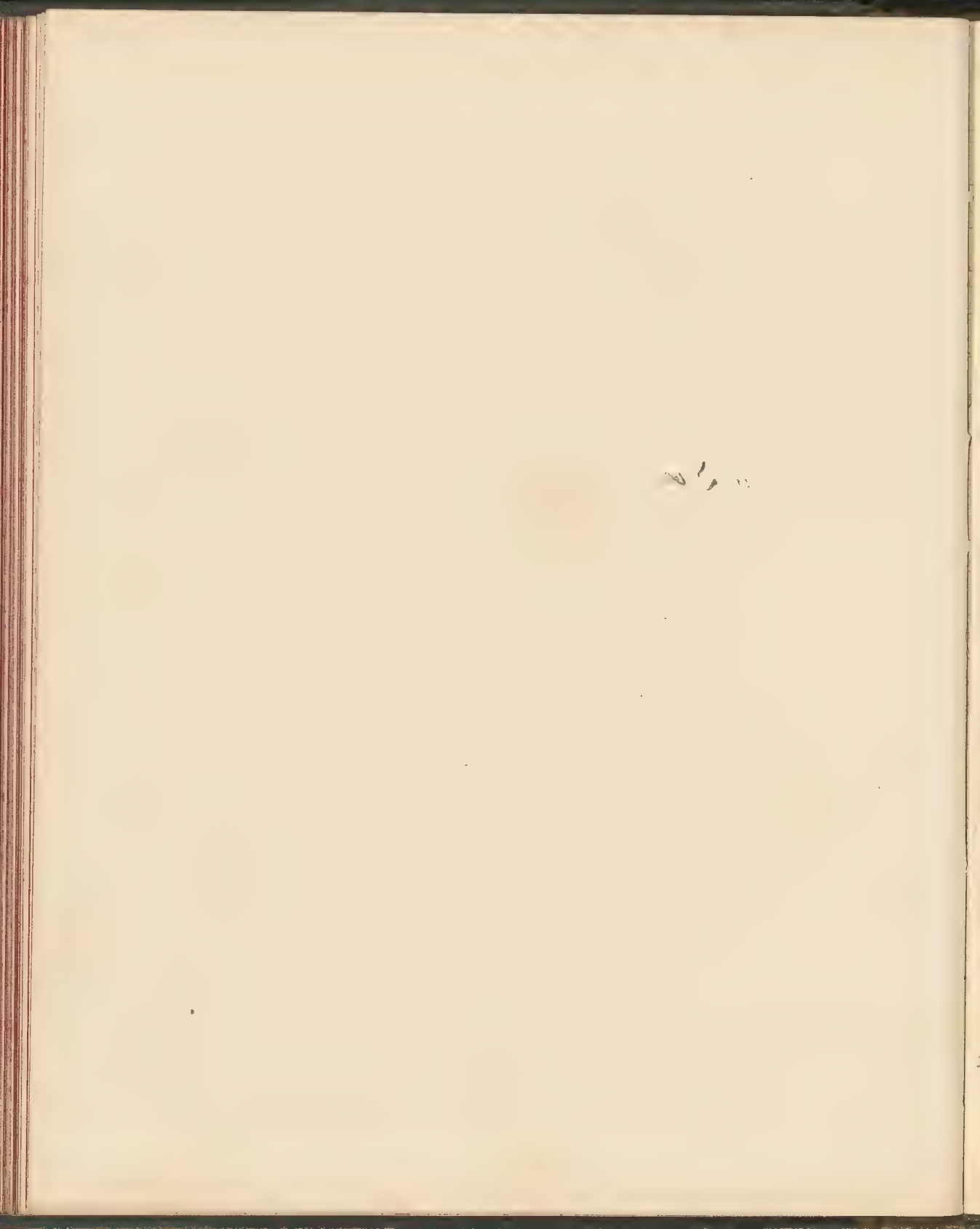
Structure de l'ovule C'est une cellule type qui se compose d'une membrane d'enveloppe appelée vitelline; d'un liquide: le vitellus; de la vésicule germinative, de la tache germinative dans l'intérieur de laquelle on trouve la vésicule et la tache embryogène.

La folicule où ovisac a été découvert par de de Graaf.
L'ovule par de Baër
La vésicule germinative par de Purkinge.
La tache germinative par Wagner
La vésicule embryogène par Balbiani.

Artères Elles viennent de l'utéro-ovarienne qui émane de l'aorte où de la rénale.

Veines Les veines forment le plexus ovarique

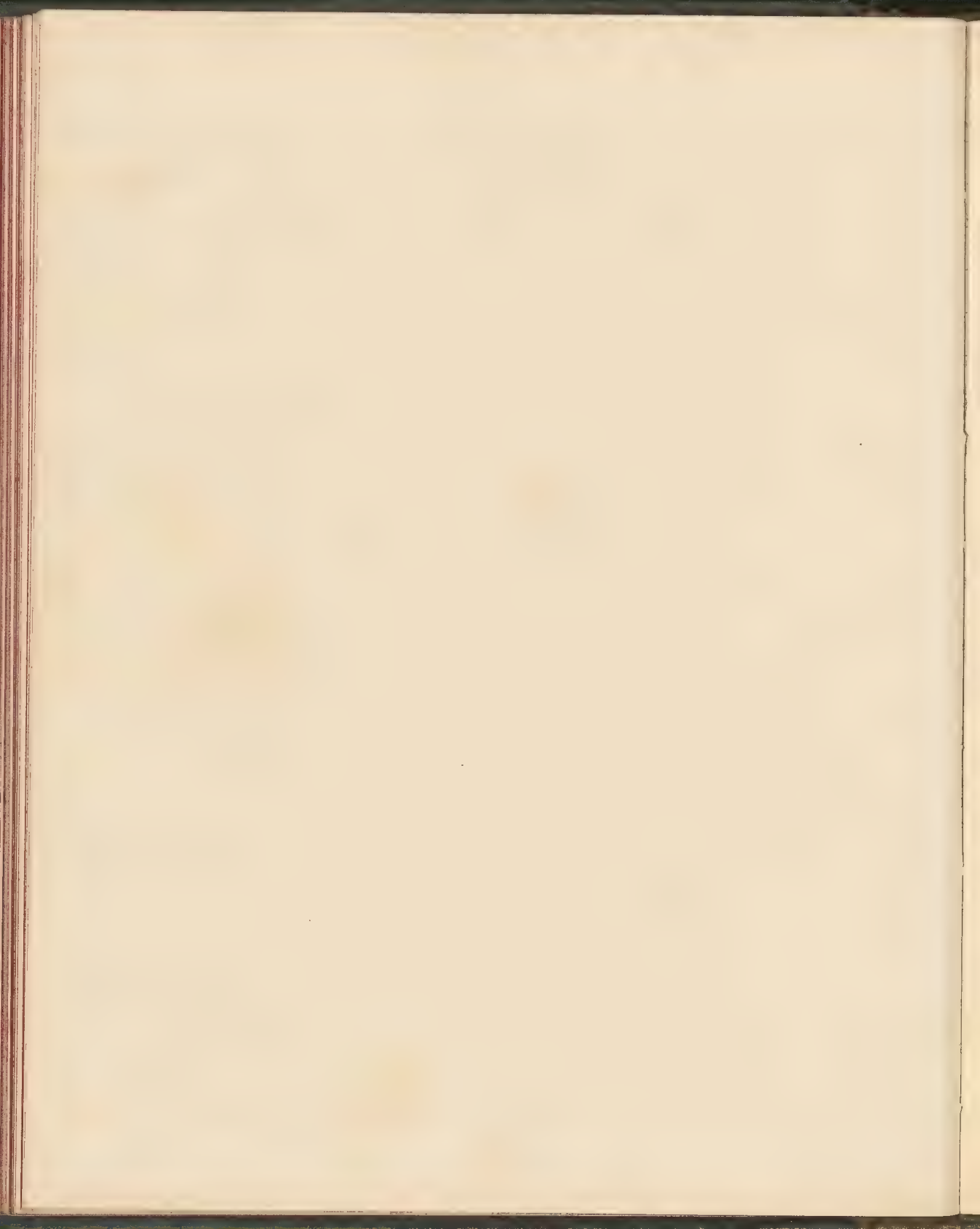
Nerfs Les nerfs viennent des plexus lombaire et sacré.

— Ovulation —

La vésicule de de Graaf arrivée à maturité se rompt et laisse échapper l'ovule qui est saisie par le pavillon de la trompe. Ce passage de l'ovaire dans la trompe à été démontré par plusieurs théories.
L'ovule en s'échappant entraine avec lui son disque proligère, arrivé dans le tiers externe de la trompe il se nourrit au dépend de ce disque proligère, et dans les 2/3 interne il se nourrit au dépend de l'albumine secrétée par la muqueuse.

Arrivé dans la trompe l'ovule subit des modifications : 1° La vésicule et la tache embryogène vont disparaître, quelques auteurs disent par liquéfaction ; d'autres disent qu'ils s'approchent de la périphérie et sont résorbés. 2° Condensation du vitellus. Le vitellus est animé de mouvements amiboïdes qui ont pour but d'amener la contraction et la rétraction des L. vitellines, le vitellus fait des mouvements de rotation sur lui-même, 50 à 55 minutes sont nécessaire pour un seul mouvement de rotation ; il y a ensuite une période de repos, puis de nouveaux mouvements.

Le vitellus ainsi condensé formera une masse plus compacte autour de laquelle on trouve un espace libre rempli de liquide. Pour certain auteurs ce liquide proviendrait du vitellus, pour d'autres ce serait l'albumine secrétée en trop grande abondance par la muqueuse de la trompe qui pénètrerait dans l'ovule par endosmose.

Globules polaires

En un point le vitellus devient un peu plus clair et fait à la périphérie de l'ovule une saillie mamelonnée

pédiculée qui se détache bientôt de l'ovule ce sont les globules polaires qui s'échappent au nombre de 2 à 3, peut-être plus.
Ce travail se produit qu'il soit fécondé ou non. L'ovule non fécondé s'écoule avec le sang des règles.
Mais si l'œuf est fécondé il subit d'autres modifications. L'albumine s'épaissit et enveloppe complètement l'ovule. La membrane vitelline s'épaissit également, au centre du vitellus condensé on voit apparaître une petite tache en forme de croissant qui porte le nom de pronucléus central, (ou germe femelle) à la périphérie on trouve une autre cellule appelée pronucléus périphérique (ou germe mâle). Ces 2 cellules vont à la rencontre l'une de l'autre et il y a fusion des deux pronucléus mâle et femelle; on voit alors une seule cellule appelée noyau vitellin. Bientôt le vitellus ~~se segmente s'allonge~~ se rétréci en son milieu ~~prend~~ forme ~~d'un~~ sablier puis se divise complètement; alors commence la segmentation qui continue jusqu'à former 96 cellules ayant chacune leur

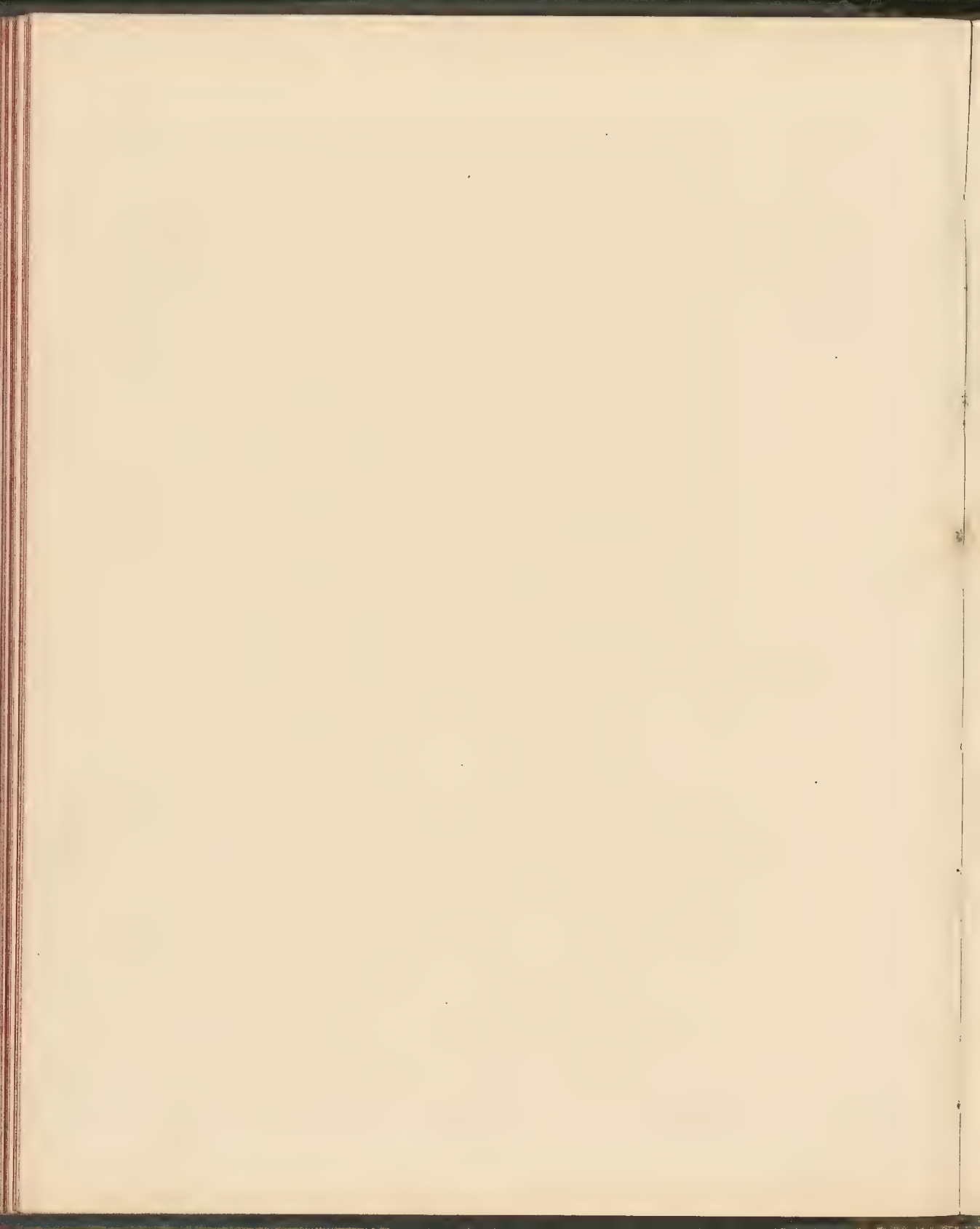
noyau

L'ensemble de ces cellules va former le corps muriforme.
Bientôt ces cellules vont se disposer en 2 couches : la plus interne appelée endoderme, la plus externe ectoderme. En un point de l'ectoderme on voit un petit orifice appelé blastopore, dans cet orifice vont s'insinuer des cellules endodermiques c'est ce qui constituera le bouchon endodermique ou de Hecker. Bientôt les cellules endodermiques se tassent au niveau du blastopore et forment le gastrodisque, point de départ de la formation de l'embryon. Les cellules endodermiques prolifèrent et vont s'insinuer entre les 2 feuillets du blastoderme pour former le feuillet mésoderme.
On assiste ensuite au clivage du feuillet moyen, le feuillet le plus interne s'accole à l'endoderme et forme la splancnopleure, le plus externe s'accole à l'ectoderme pour former la somatopleure.
Entre ces deux feuillets on voit une cavité appelée cœlome. La membrane vitelline persiste toujours.

Si on fait à ce moment une coupe de l'œuf on trouve: la membrane vitelline, une cavité, la somatopleure, le cœlôme, la splanchnopleure et en un point le gastrodisque qui portera alors le nom de tache embryonnaire, cette tache présente au centre une ~~hre~~ aire transparente et à la périphérie une ~~hre~~ aire obscure qui enveloppera la 1re. Bientôt l'aire transparente fera place a ~~une~~ ligne puis à une gouttière appelée médullaire dont la coupe donnerait un V. Bientôt la prolifération des cellules va ~~former~~ de cette gouttière former un canal qui sera le canal rachidien ou notocorde. La partie embryonnaire va ensuite s'incurver de telle façon que les deux extrémités vont se replier sur le plan antérieur et formeront les extrémités céphalique et caudale. On observe ensuite des replis latéraux et l'embryon prend la forme d'une nacelle et circonscrit une cavité appelée pleuro-abdominale, au dessus la splanchnopleure étranglée dans son milieu va former la vésicule ombilicale rempli de liquide.

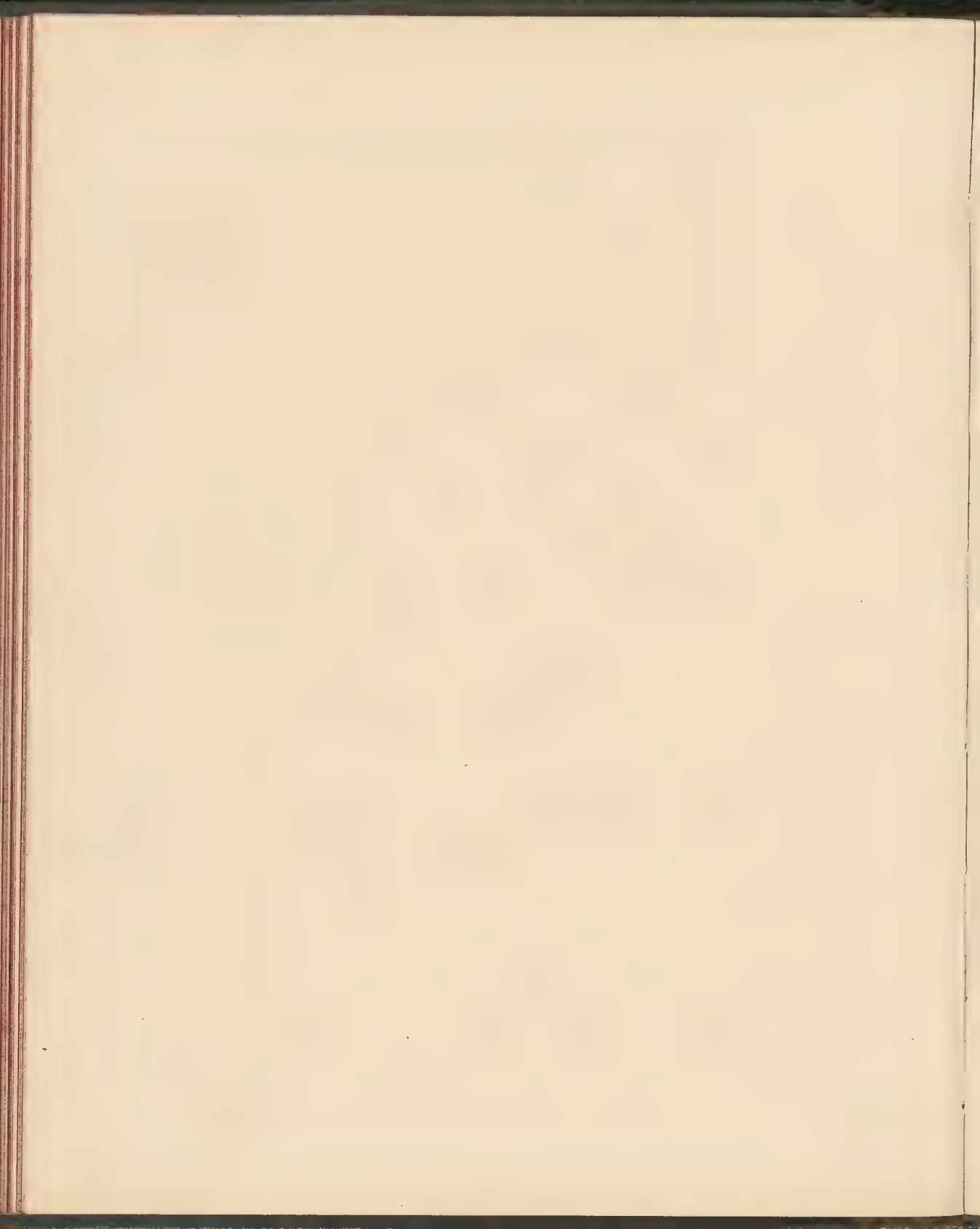
la portée plus rétrécie faisant communiquer largement ces 2 ouvertures a été appelée ombilic, à ce moment la circulation ombilicale où omphalo-mésentérique s'établit, les vaisseaux omphalo-mésentériques puisent dans le liquide contenu dans la vésicule ombilicale les éléments de nutrition utile à l'embryon.

La somatopleure aura aussi subi le même étranglement et sera divisée en intra-embryonnaire et extra embryonnaire

B La vésicule ombilicale d'abord sphérique devient piriforme. Par suite de son développement la somatopleure extra-embryonnaire sera refoulée et enveloppera complètement l'embryon. Son feuillet le plus interne formera les capuchons céphaliques, caudales, et latéraux. Ainsi la somatopleure formera 3 feuillets; le plus interne accompagne la splanchnopleure, le moyen formera l'amnios, entre ces deux feuillets on voit la cavité amniotique; le feuillet externe s'accolera à la vitelline pour former le deuxième chorion.

Au dessous de l'embryon les deux feuillets avant de se fusionner laissent un petit espace libre qui a été appelé ombilic amniotique

Ensuite la vésicule ombilicale s'atrophie pour faire place à la vésicule allantoïde qui apparaît vers le 20me jour, de l'extrémité caudale de l'embryon part l'allantoïde qui dans sa partie intra-embryonnaire formera la vessie et l'ouraque et dans sa partie extra-embryonnaire en dehors de l'amnios va s'épanouir sur le pourtour de l'œuf. Elle est très vasculaire et envoie des prolongements dans les villosités choriales qui se trouvent sur toutes la périphérie de l'œuf.

Vers le 3me mois ces villosités s'atrophient excepté en un point où elles vont s'hypertrophier pour former le placenta maternel, l'allantoïde s'hypertrophie également en ce point pour former le placenta fœtal, la portion allantoïde atrophiée forme le tissu inter-annexiel de Dastre.

Cours de Melle Hérenault N° 1

- Membranes de l'œuf -

L'œuf arrivé au terme de la grossesse se compose de : la caduque qui s'épaissit en un point pour former le placenta, du chorion, de l'amnios, du liquide amniotique et de l'embryon

Amnios L'amnios est une membrane transparente, mince et très résistante, et parfois difficile à rompre. On lui étudie une face interne en rapport avec le liquide amniotique et l'embryon, une face externe en rapport avec le chorion par l'intermédiaire du tissu inter-amnéciel.

Cette membrane se continue pour former une gaîne au cordon

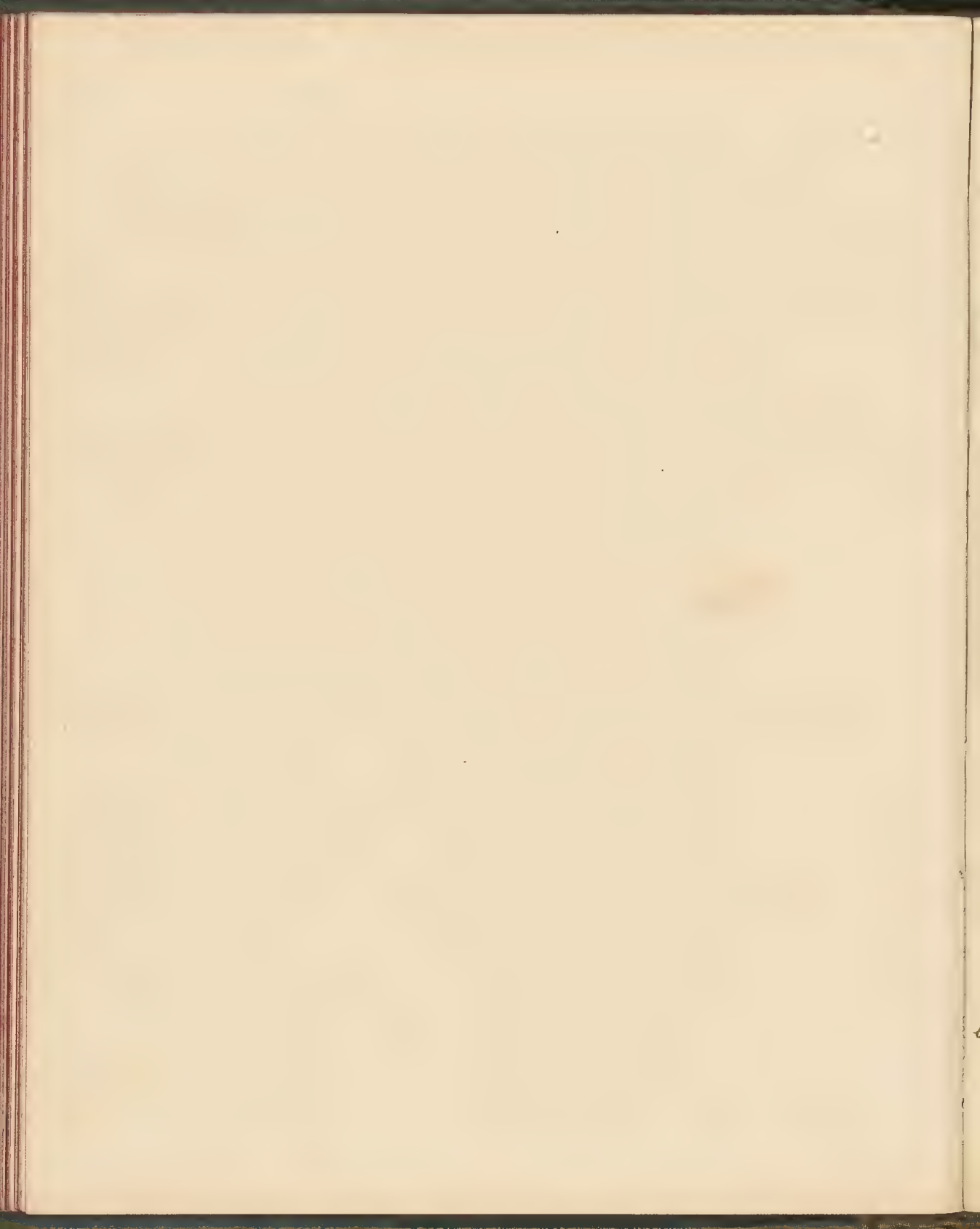
L'amnios est peu adhérente au chorion, elle est très intimement unie au pourtour du cordon.

Structure Elle se compose de 2 couches : une interne et une externe

Couche interne La couche interne est formée par des cellules épithéliales et des villosités amniotiques

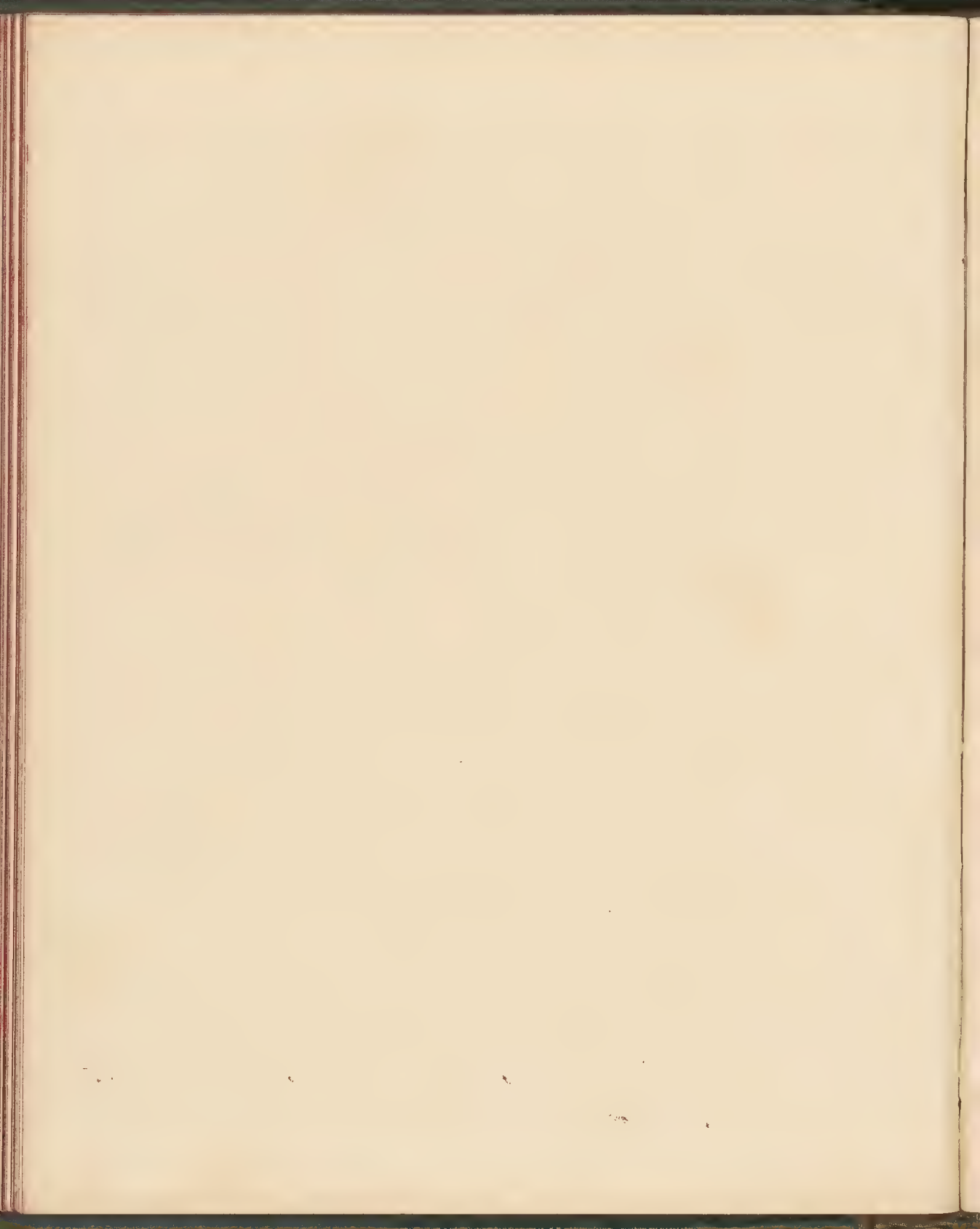
Couche externe La couche externe contient du tissu conjonctif

et des fibres musculaires lisses.
Cette membrane circonscrit une cavité contenant le liquide amniotique, l'embryon et le cordon

Liquide amniotiq. Au début de la grossesse ce liquide est clair, transparent, au fur à mesure que le fœtus se développe il devient blanchâtre ou lactescent; cette coloration est due à l'enduit sébacé qui recouvre le fœtus.
Ce liquide peut présenter d'autres coloration due à l'état du fœtus, il peut être verdâtre, ce qui indique que l'enfant souffre ou qu'il a souffert. Il peut être rouge dans les cas de décollement prématuré du placenta (il se mélange au sang.)
Il est rosé lorsque le fœtus est mort et macéré. Cette coloration est due à la rupture des phlyctènes situées à la surface du corps et contenant un liquide rosé.
Il peut être chocolaté, dû a la résorption du liquide après macération prolongée.
(ce qui indique que le fœtus a succombé depuis longtemps.)

Odeur – Son odeur est fade, analogue à celle du sperme, sa saveur est légèrement salée, sa réaction est neutre ou faiblement alcaline.

Quantité – Sa quantité est variable, au début de la grossesse il est peu abondant, vers le 8me mois il égal le poids du fœtus, vers la fin de la grossesse il est de 8 a 600 grs. Cette quantité peut être exagérée, ce qui constitue l'hydroamnios, cette excès de liquide coïncide avec un enfant chétif ou atteint de vices de conformation.
Dans d'autres cas il y a peu de liquide, celà constitue l'holygramnios.

Composition. Le liquide amniotique renferme : de l'eau, des sels, des phosphates de chaux, de l'albumine, de l'urée, de l'acide urique de l'enduit sébacé, des folicules pileux, des cellules épithéliales venant des reins et de la vessie, et quelques leucocytes.

Origine du liquide amniotiq. Plusieurs théories ont été ~~admises~~ émises pour expliquer la provenance de ce liquide. Suivant certains auteurs le liquide amniotiq aurait son origine dans l'organisme materne,

D'autres auteurs disent que ce liquide serait ~~un~~ produit exclusif au fœtus.
Chaussier, Meckel et Béclard admettent une opinion mixte et pensent qu'il est secrété à la fois par la mère et par le fœtus.
Cette opinion paraît vraie, car des faits d'une certaine importance semblent prouver que le liquide amniotique provient à la fois d'une source fœtale et d'une source maternelle.
On a dit qu'il provenait des membranes, du fœtus et de la mère.
La peau du fœtus secrète.
Il peut y avoir transudation du sérum du sang à travers les vaisseaux ombilicaux on l'a démontré; quand la circulation en retour était gênée au niveau du cordon ou du foie on a constaté de [illegible]
Le fœtus urine dans la cavité utérine on en a une preuve par des cellules épithéliales trouvées dans le liquide, et dans les cas d'imperforation de l'urèthre on a vu la vessie former une tumeur considérable étant un cas de dystocie fœtale.

Du côté de la mère, l'albuminurie et les maladies de cœur sont causes d'hydroamnios.
Du côté des membranes par suite de la persistance des vasa-propria (vaisseaux de l'amnios) le sérum transude à travers cette membrane
L'hydroamnios prédispose aux présentations vicieuses, aux procidences du cordon on constate aussi des malformations fœtales internes et externes
Le liquide amniotique favorise les mouvements actifs du fœtus ; le protège contre les chocs extérieurs, contre la contraction utérine, au moment du travail il forme la poche des eaux, lubrifie les parties maternelles.

Chorion Le chorion est formé par le repli externe de la somatopleure extra-embryonnaire accolé à la membrane vitelline et par l'allantoïde atrophiée.
Au début elle est très lisse, et finit par se hérisser de villosités dans lesquelles on trouve une artère et une veine

– Menstruation –

La menstruation coïncide avec l'ovulation ; c'est un écoulement sanguin se produisant périodiquement chez la femme.
La menstruation s'établit à un âge variable, suivant le tempérament, le climat. – – –
En France les jeunes filles sont réglées de 12 à 13 ans, on trouve quelques variations suivant la nourriture, l'éducation, les conditions hygiéniques et sociales. L'abus de la musique amène plutôt les règles

Ces villosités s'atrophient, sauf en un point correspondant au placenta. Il est en rapport par sa face interne avec l'amnios, par sa face externe avec la caduque ovulaire et utérine.
Le chorion est une membrane mince fibreuse moins résistante que l'amnios. Dans quelques cas le liquide amniotique transude à travers l'amnios et forme une poche remplie de liquide, appelée amnio-choriale.

Structure Fibres de tissu conjonctif.
il sert d'entrepôt aux matériaux d'ossification pour le foetus.

— Le placenta —

Le placenta est une masse d'apparence charnue, vasculaire, mettant en rapport le sang maternel et fœtal. Il est d'origine fœtale et maternelle. Au début le chorion et la caduque ont partout la même épaisseur. A 3 m ½ le placenta commence à se

distinguer. La caduque inter-utéro-placentaire s'hypertrophie, et les villosités choriales correspondantes. c'est ce qui va constituer le placenta.
La forme est généralement circulaire quelquefois ovalaire ou réniforme (rein) bi-lobé ou multi-lobé.
Il s'insère ordinairement sur le fond de l'utérus et lorsqu'il s'insère sur le segment inférieur il y a insertion vicieuse ou placenta praevia, qui peut amener de graves accidents.
Au centre il a 3c.½ d'épaisseur s'amincit vers la circonférence et ne mesure plus que 18 a 20 millim.
Son diamètre est de 18 a 20c.
Sa circonférence est d'environ 60 à 65c.
Son poids est de 500 a 600 grs. il peut y en avoir de plus volumineux cela constitue un cas pathologique.
On lui étudie 2 faces: une interne qui répond à la cavité amniotique, encore appelé face fœtale, elle est lisse, blanchâtre, tapissée par l'amnios et

le chorion, entre ces deux membranes
cheminent les vaisseaux ombilicaux.
On y remarque l'insertion du cordon qui
peut-être centrale, latérale, marginale
On dit qu'il y a insertion vélamenteuse
quand le cordon s'insère sur les membranes.
A la base du cordon, entre l'amnios et
le chorion on remarque le vestige de la
vésicule ~~allantoïde~~ ombilicale, qui se
présente sous la forme d'une lentille
jaunâtre
La face externe ou utérine est tomenteuse,
saignante, irrégulière, formées de 6 à 9 cotylédons, séparés par des sillons inter cotylédonaires.
Cette face peut présenter des dégénérescences
fibro-graisseuses venant de foyers hémorragiques. On peut y trouver des dépôts
calcaires.
Cette face est reconstituée par la caduque
inter-utéro-placentaire.

Structure — Il se compose de deux parties distinctes
une foetale et une maternelle.

Foetale — Le chorion présente des villosités volumineuses, une artère pénètre dans ce

villosités, à cette artère fait suite un réseau capillaire artériel puis veineux. se réunissent pour former une seule veine.

Ces villosités réunies forment un lobe et la réunion de ces lobes constituent le placenta.

Placenta Maternel.

Les villosités maternelles sont formées par un simple revêtement épithélial. elles viennent de la caduque qui est constituée par des cellules volumineuses modifiées. Ces villosités s'insinuent entre les villosités choriales. On y trouve du sang artériel. On trouve des lacunes où circule le sang artériel, et où viennent plonger les villosités choriales. Quelques unes de ces villosités arrivent jusque dans la tunique musculaire. Ces villosités permettent au sang du foetus de s'oxygéner, et de se charger de matériaux nutritifs.

Physiologie

Le placenta remplit la fonction du poumon, ~~il sert à la respiration~~ c'est à son niveau que se fait la respiration et l'hématose du sang; du tube digestif et du foie en particulier. Il remplit aussi une fonction glycogénique.

– Grossesse –

La grossesse est l'état dans lequel se trouve la femme après la conception jusqu'à l'expulsion de l'œuf.

On dit qu'il y a grossesse utérine lorsque le produit de conception se développe dans l'intérieur de la matrice.

On dit qu'il y a grossesse extra-utérine lorsque l'œuf se développe en dehors de cette cavité.

Elle est dite simple ou multiple :

Simple, lorsqu'un seul produit de conception se développe dans la cavité utérine.

Multiple. Double, triple, quadruple, lorsque 2, 3 et même 4 fœtus se développent dans cette même cavité.

La grossesse peut être compliquée ou dégénérée.

Compliquée, s'il existe en même temps qu'elle un kyste, une tumeur ou une affection locale ou général quelconque.

Dégénérée, celle dont le [illegible]

— Grossesse —

La grossesse est l'état particulier d'une femme qui a conçu.
La grossesse est dite utérine lorsqu'elle se développe dans la cavité utérine.
Elle est dite extra-utérine lorsqu'elle se développe hors de l'utérus
Quand l'œuf se développe dans l'intérieur de la trompe (grossesse tubaire)
Dans l'épaisseur des ligaments larges ou dans le cul-de-sac postérieur.
(Grossesse péritonéale ou abdominale)
Sur l'ovaire (grossesse ovarique)
La grossesse est simple, double, ou multiple.
Dégénérée quand elle se termine par l'expulsion d'une môle hydatiforme.
La grossesse amène des modifications importantes dans tout l'organisme maternel, surtout au niveau des organes génitaux.
Elles sont locales et générales.
Locales du côté de l'utérus ; corps et col.
L'utérus organe pelvien se rend abdominal.

des altérations pathologiques, comme par exemple dans la môle hydatiforme.
On peut confondre la grossesse avec de fausses-grossesses; graisseuses, fibreuses, gazeuses, nerveuses.

Grossesse normale, simple physiologique utérine –

Dès le début de la grossesse on voit se produire des modifications dans tout l'organisme maternel.
Ces modifications portent sur le système génital, le système nerveux, le système respiratoire et l'appareil ~~circulatoire~~ et le système osseux.
Les organes génitaux externes prennent une teinte violacée, ardoisée surtout à l'approche du terme. La muqueuse utérine subit des changements considérables

Modifications anatomiques

Il y a hypertrophie des fibres musculaires lisses, elles prennent un aspect strié.
L'utérus se développe considérablement, les artères deviennent, ~~les artères deviennent~~ flexueuses, elles sont hélicines, se développent considérablement et viennent [illegible]

Causes — 1° Distension mécanique due au développement de l'ovule.
2° Hypertrophie des éléments preexistants, et formation de fibres nouvelles.

Développement de l'utérus — A l'état de vacuité les 2 parois de l'utérus sont accolées, séparée par une mince couche de mucus; par suite du développement de l'ovule, les parois s'écartent, l'utérus devient piriforme ensuite ovoïde à grand diamètre vertical.
L'utérus subit des modifications dans sa forme, sa situation, sa direction, l'épaisseur de ses parois, ses rapports, sa consistance. (Pour le corps.)
Pour le col, son ramollissement, l'état de ses orifices —
{ Modifications dans sa structure }
{ Voir le cours de M. Boissard. }

niveau de la couche plexiforme ; les artères gardent leur tunique propre et sont rattachées à cette couche par du tissu cellulaire ; les veines en sont réduites à leur [illegible] endothéliale, adhérent intimement au pourtour des orifices c'est ce qui constitue les sinus.
L'artère puerpuérale donnerait pour quelques auteurs le souffle maternel
L'augmentation de l'utérus se fait graduellement ; elle est continue.
A partir du 3ème mois l'utérus devient organe abdominal, on le trouve à un travers de doigt au dessus de la symphyse pubienne
Au 5ème mois on le trouve à un travers de doigt au dessous de l'ombilic.
Au 6ème mois à un travers de doigt ~~au~~ dessus de l'ombilic
A terme il atteint l'appendice xiphoïde
Le développement est inégal ; ordinairement la paroi postérieure se développe plus que l'antérieure
L'insertion des trompes est plus en avant la disposition en forme de cœur de carte à jouer est plus accentuée.

Les propriétés de l'utérus augmentent de caractère pendant la grossesse.
On lui étudie 5 propriétés : la sensibilité, l'irritabilité, l'extensibilité, la contractilité et la rétractilité.

Sensibilité — La sensibilité est obtuse à l'état de vacuité, surtout au niveau du col quand il n'y a pas d'état pathologique. Le corps est plus sensible, douloureux même, dans les cas de dysménorrhée ou métrite.
Cette sensibilité détermine l'irritabilité, tendance plus ou moins grande qu'a l'utérus de se contracter.

Irritabilité — Plus développée chez certaines femmes chez qui la moindre chose, une émotion détermineront un avortement.

Extensibilité — Propriété qu'ont les fibres musculaires de se laisser distendre et permettre [illegible] les mouvements du fœtus.

Contractilité — Propriété qu'ont les fibres musculaires de l'utérus de se raccourcir et de se contracter pour chasser le produit de conception.

Les parois utérines n'ont pas toujours la même épaisseur ; la pression continue des deux pôles foetaux amène un amincissement de ses parois.

Capacité D'abord virtuelle à l'état de vacuité, à la fin de la grossesse sa cavité peut contenir 5 à 6 litres.

Poids Son poids qui à l'état de vacuité était de 40 à 80 grs. est à la fin de la grossesse de 12 à 1500 grs Et de 5 à 6 kilog. y compris l'oeuf.

L'utérus subit un mouvement d'ascension. A la fin de la grossesse on dit qu'il subit un mouvement de descente, mais c'est la partie foetale qui s'engage et l'abdomen s'abaisse un peu

Forme Triangulaire à l'état de vacuité, devient ovoïde à grosse extrémité supérieure à grd. axe longitudinal. A la fin de la grossesse il devient piriforme et est souvent plus développé d'un côté que de l'autre.

Dans certains cas le grand axe est transversal, ce qui peut donner lieu à une présentation vicieuse.

Ces contractions existent tout le temps de la grossesse. Elles sont indolores, involontaires, elles peuvent être perçues par la main de l'accoucheur, par la palpation.
Elles sont lentes.
Elles débutent du segment inférieur et gagnent le fond de l'utérus.
On leur étudie 3 périodes : 1re période d'augment, 2e période d'état, 3e période de déclin.
Elles sont intermittentes
Pendant le travail elles sont douloureuses, on observe la contraction d'abord, puis la douleur qui finit avant la contraction.

Rétractilité Propriété en vertu de laquelle les parois de l'utérus viennent progressivement et d'une façon permanente, revient au sein après la rupture des membranes et se continuent jusqu'à ce que l'organe ait repris son volume normal.
La rétraction s'accompagne de contractions si cette dernière manque, il y a inertie utérine.

Direction Il s'incline le plus souvent à droite, le paquet intestinal est reporté à gauche.

On a émis différentes théories pour expliquer cette inclinaison de l'utérus.

Suivant Lebret l'inclinaison à droite est due à l'insertion du placenta.

Madame Boivin ; le ligament rond gauche se laisse distendre plus que le droit.

Désormeaux par la présence à gauche de l'S iliaque remplie de matières fécales, au début de la grossesse, et vers la fin par la direction du mésentère.

D'autres disent que cette inclinaison tient à ce que la femme se couche plus souvent à droite qu'à gauche.

On admet que la matrice étant en rapport immédiat avec la colonne vertébrale ne peut guère rester en équilibre sur la saillie formée par les corps vertébraux, c'est pour cette raison que l'utérus s'incline tantôt vers la droite, tantôt vers la gauche, le plus souvent à droite.

Modifications des annexes de l'utérus

Ligaments larges — Ils changent de dimensions et de direction ; de transversaux deviennent verticaux.
Il y a hypertrophie des fibres musculaires du tissu conjonctif et des éléments du péritoine.

Ligts ronds — Deviennent plus volumineux, plus longs et sont accessibles au palper.

Trompes — Au lieu de s'insérer aux angles de l'utérus se trouvent à l'union des $\frac{2}{3}$ infér. avec le $\frac{1}{3}$ supér. et des $\frac{2}{3}$ postér. avec le 1/3 ~~antérieur~~ ; leur direction devient verticale.
On peut observer de petites tumeurs du côté de la trompe.

Pathologie — Après .... on voit l'inflammation .... de la trompe et on a la salpingite simple ou double ; qui peut donner de l'eau (hydro-salpinx) ou du pus (pio-salpinx) ; peut se communiquer au péritoine et donner la péritonite.

Rotation L'utérus subit aussi un mouvement de rotation sur c'est-à-dire de torsion sur lui-même son axe, le bord gauche vient se placer en avant, l'ovaire et le ligament rond sont plus accessibles et même douloureux pendant la grossesse. Il est important de connaître cette rotation pour pratiquer l'opération césarienne, il faut ramener sur la ligne médiane la face antérieure de l'organe, sans quoi l'incision porterait sur les gros troncs vasculaires volumineux qui sont situés sur les parties latérales.

Col Le col change également de situation et de direction. Il se place à gauche et en arrière, regarde la concavité du sacrum. Il est alors difficile à atteindre ce qui fait faire une erreur de diagnostic. Sa situation varie avec celle du corps de l'utérus, suivant aussi le degré d'engagement de la partie fœtale.

Consistance Sa consistance change avec la grossesse il se ramollit, et une main habile peut reconnaître un changement vers la fin du 1er mois. Ce ramollissement se fait de [illegible]

Hydro-salpinx La trompe se dilate à son maximum, et dans l'intervalle des règles, la femme peut éprouver des douleurs (coliques) d'un côté, et bientôt, écoulement d'une petite quantité d'eau, les douleurs disparaissent. Ceci peut arriver après une grande fatigue.

Par le toucher on peut le reconnaître, l'utérus est dévié, et d'un côté on sent une tumeur fluctuante dans l'épaisseur des ligaments larges, qui n'est autre chose que la trompe malade, dilatée.

Ovaire Congestion intense et persistance du corps jaune.

Vagin Le vagin subit également l'hypertrophie de ses parois et se ramollit. Il s'évase à sa partie supérieure, puis l'utérus s'élevant dans la cavité abdominale, le tiraille, l'allonge et à la fin de la grossesse, au moment de l'engagement, le vagin s'évase et se dilate à nouveau.

Les parois sont très extensibles et viennent se mettre en rapport avec les parois de l'excavation.

haut, de l'orifice externe vers l'orifice interne à terme il est complet. On ne peut faire le diagnostic du terme par le toucher.

Volume Il s'hypertrophie en volume et en longueur pour certains auteurs il diminuerait au contraire, et serait un magasin fournissant des fibres musculaires pour le développement du corps.
Pour Stolz, les fibres cervicales serviraient à l'ampliation du segment inférieur dans les 11 derniers jours.
Bandl disait que le col s'effaçait dès le début de la grossesse.
L'anneau de Bandl limite en quelque sorte le corps et le col, le segment inféri. serait formé par le col, en réalité il est formé par la partie inféi. du corps de l'utérus.
Les cas où le col s'efface pendant la grossesse sont très rares.
Il perd sa forme mais si on veut pénétrer dans le col on trouve l'orifice interne fermé l'orifice externe est ouvert surtout chez les multipares

Ce ramollissement n'existe pas chez
toutes les femmes et il n'est complet
qu'à la fin de la grossesse.
On l'observe surtout chez les primipares,
et peut être un obstacle quand on
veut pratiquer le toucher mensurateur.
Et pendant l'accouchement, ne cédant pas
il peut y avoir rupture de ce vagin.
Chez certaines femmes, on voit des pertes
blanches considérables, formant une tache
blanchâtre ou jaunâtre, amenant de la
vaginite simple ou granuleuse et même
des végétations.
Sa coloration est violacée, par suite de
l'activité de la circulation on peut observer
le pouls d'Osiander.
On observe quelquefois un trombus, épan-
chement sanguin entre la muqueuse et
le tissu cellulaire, dans la cloison recto-
vaginal.
On peut observer des varices qui dans
certains cas peuvent être le point de
départ de ces trombus.

la distance de l'un à l'autre de ces orifices est de 2 ou 3c.
Chez la ~~multipa~~ primipare les orifices externe et interne sont fermés, le canal cervical conserve sa même longueur, il est oblitéré par le bouchon gélatineux
L'orifice externe est petit et punctiforme
Chez les multipares on sent des traces de déchirures sur les parties latérales du col, ce qui le divise en 2 lèvres : une antérieure, une postérieure ; l'orifice a un grand diamètre transversal, le canal cervical étant entrouvert permeable, l'orifice interne est fermé
Il a quelquefois l'aspect d'un entonnoir renversé, il est déhiscent quand il est entreouvert dans toute son étendue, dans l'hydropisie de l'amnios ou grossesse gémellaire toute les fois que l'utérus est distendu.
On ne doit pas confondre avec un début de travail.
Les propriétés physiologiques de l'utérus sont exagérées pendant la grossesse. Les contractions sont indolores.

Le tubercule antérieur du vagin et la muqueuse vulvaire sont très violacés. On peut voir une pigmentation exagérée au niveau des grandes lèvres (face externe) et du périnée.
On voit des varices au niveau du pli de l'aine

Seins. Modifications portant sur la glande et à l'extérieur : Les seins se développent augmentent de volume. Elles éprouvent un certain degré de tension, de picottements au niveau du mamelon.
On voit une seconde aréole tachetée, mouchetée.
L'aréole primitive se soulève en verre de montre, les tubercules de Montgomery se développent. Vers la fin de la grossesse on peut voir les seins s'affaisser, au contraire chez d'autres se distendent et présentent des vergetures.
Vers la fin de la grossesse on peut voir le colostrum s'écouler quelquefois en grande abondance.

La sensibilité se produit surtout par la pression.
La menstruation est supprimée mais il y a ovulation, la présence de corps jaunes le démontre.

Mamelles On voit des modifications survenir du côté des mamelles, une sensibilité particulière de la douleur à la pression, au frottement ils augmentent de volume, on observe quelquefois des éraillures, des vergetures, le mamelon est plus volumineux

Coloration Le mamelon est plus foncé, surtout chez les brunes, sur l'aréole on voit un dépôt de pigment, et à distance on voit quelques points tachetés, mouchetés, qui forment l'aréole secondaire. L'aréole se boursouffle et prend la forme d'un verre de montre. Autour du mamelon on voit des petites saillies donnant un peu de liquide par la pression, ce sont les tubercules de Montgoméry au nombre de 12 à 18. Dans les 1ers mois en pressant sur le mamelon on voit quelquefois sourdre du colostrum. Dans les cas de fibrômes de l'utérus les femmes ont du lait dans les seins.

Système nerveux. Les modifications peuvent être nulles ou très intenses.

Caractère — Quelques femmes ont le caractère plus facile, d'autres au contraire ont un caractère irascible.
Des femmes très intelligentes ont l'intelligence obtuse, d'autres moins bien douées chez qui elle semble se développer.
Elles ont de la tendance aux vertiges et ont des envies fréquentes de dormir.

Appareil digestif — Quelquefois du ptyalisme très accentué. Elles peuvent avoir de l'inappétence ou de la boulimie, des goûts pervertis.
On observe des nausées à leur lever, des vomissements avant et après les repas. Ces vomissements disparaissent quand l'enfant remue et reparaissent quelquefois dans les 15 derniers jours de la grossesse.

— Vomissements incoercibles —

On doit battre les [illegible] purgatifs, surveiller l'intestin, changer d'air et de nourriture.

Parois abdominales – Du côté de la paroi abdominale on voit des vergetures, la ligne brune et la saillie de la cicatrice ombilicale.

Appareil digestif Les modifications sont d'ordre mécanique et d'ordre physiologique.
Dans les 3 1ers mois de la grossesse, chez les primipares on observe un embarras gastrique, un état nauséeux continu, l'appétit est diminué, on voit souvent des vomissements en particulier le matin, ils se font sans effort, ce sont des matières glaireuses acqueuses les femmes s'alimentent ensuite
On observe de l'inappétence, de la boulimie des goûts pervertis, des envies.
La constipation est assez fréquente, elle provient de l'ingestion de matières non assimilables ou d'ordre mécanique.
On doit assurer le bon fonctionnement du tube digestif pour empêcher l'intoxication ou une affection des reins.

— Annexes de l'appareil digestif —

Foie Modifications anatomiques : dégénérescence graisseuse du tissu hépatique pendant la grossesse et même l'allaitement, on peu

Rectum — Le rectum est souvent distendu, amène des hémorrhoïdes, qui font souffrir les femmes et amènent des hémorragies pouvant être graves.

Foie. — Il augmente de volume et subit une dégénérescence graisseuse. En fesant une coupe du foie on peut voir des petits grains jaunâtres. Mr Tarnier l'a démontré et a dit que l'on pouvait voir survenir de l'ictère ou des coliques hépatiques.

Traitement — Eau de Vichy, lait, huile de Ricin.

Si pendant la grossesse on ne voit rien survenir, dans les suites de couches on peut voir de l'étonnement du [illegible] et une élévation de température.

congestion) et injection des canaux biliaires

Cage thoracique — Les diamètres changent : il y a diminution du diamètre transverse, au contraire augmentation dans le diamètre antéro-postérieur.

On a dit qu'à la fin de la grossesse il y avait refoulement du diaphragme par l'intermédiaire des organes.

observer des coliques hépatiques.
(Ce sont des contre-indications pour l'allaitement)

Oesophage — Les femmes enceintes éprouvent au niveau de l'œsophage une sensation de brulure, qui est augmentée surtout par l'ingestion des alcools. (On doit ordonner le régime lacté absolu avec le bi-carbonate de soude.

— Appareil circulatoire —

Coeur — Le cœur obligé de déployer une énergie plus grande, s'hypertrophie. Ducret et Luchent ont fait des recherches en 1842 sur cette hypertrophie. Les parois du ventricule gauche surtout sont épaissies. Le pouls change de caractère, il devient fort, vibrant. Il y a hypertrophie du système vasculaire en général. Corps thyroïde.

Varices — Les veines sont aussi hypertrophiées et dilatées; aussi observe-t-on des varices des membres inférieurs, des organes génitaux (des hémoroïdes.) il y a quelques fois inflammation des veines, ce qui constitue les phlébites et péri-phlébites.
La rupture des varices amènent de graves accidents, l'hémorragie surtout pouvant être

Le sang arrivant aux poumons, doit se charger d'oxygène pour eux.
La combustion est plus considérable ~~surtout~~ par suite trop d'acide dans l'économie.
Les hommes ont de la dyspnée surtout : les cardiaques, les urémiques et les femmes nerveuses.
La masse du sang est augmentée, il y a hydrémie, pléthore par [illegible]. Les globules rouges diminuent, les globules blancs augmentent, mais ne compensent pas les globules rouges il y a anémie globulaire.
La partie liquide augmente ; ~~la partie~~ ~~[illegible]~~ l'albumine, la fibrine, les sels diminuent.
Le cœur s'hypertrophie et pèse au lieu de 230 grs. 290 grs. en moyenne.
Cette augmentation porte sur l'épaisseur des parois ventriculaires, surtout du ventricule gauche.
La tension est plus forte, le pouls est plus résistant. [illegible] graphié, les [illegible] [illegible]ulaires s'hypertrophient,

mortelle si elle n'est pas ~~reconnue~~
surtout au niveau des organes génitaux
L'expulsion du fœtus ou sa mort arrêtent
les modifications de l'organisme maternel.

— Appareil respiratoire —

Les modifications de l'appareil respiratoire
sont d'ordre mécanique et d'ordre
physiologique.

Mécaniques — A la fin de la grossesse le diaphragme
est repoussé par l'utérus gravide, ce
qui amène une gêne respiratoire.
La mère est obligé de respirer pour deux
car le sang du fœtus s'oxigène au
niveau du placenta.
L'organisme de la femme est moins oxygéné
plus d'acide carbonique est rejeté qu'à
l'état normal, la femme enceinte est
presque toujours essoufflée.

— Appareil urinaire —

Les troubles sont aussi d'ordres mécanique
et physiologique.

Vessie — La vessie est comprimée par l'utérus
ce qui amène une paralysie du col de
la vessie, par suite rétention ou au

Les varices des membres inférieurs se voient surtout chez les femmes qui se fatiguent beaucoup, et restent debout. Par suite de la gêne de la circulation on peut voir de l'œdème des membres inférieurs surtout chez les albuminuriques. Il peut y avoir œdème généralisé on voit de la bouffissure de la face qui disparaît après l'accouchement. En déprimant les parties infiltrées on voit se former un petit godet.
On peut voir de l'œdème des grandes lèvres on peut y remédier par des mouchetures (faites à l'aide d'une épingle flambée) et compresses à l'eau boriquée très chaude.

Appareil urinaire

Dans l'urine il y a augmentation d'eau, diminution des matériaux solides, sels phosphates retenus pour l'ossification du fœtus. L'urine peut contenir de l'albumine ou du sucre.
Compression des reins. Amène l'albuminurie transitoire.

contraire incontinence d'urine. Quelquefois l'urine revient teintée de sang par la rupture de varices vésicales.

Reins — L'épithélium est dégénéré, il y a déperdition de phosphates. A la surface des urines il se forme un dépôt superficiel appelé kyestène par phosphates amoniaco-magnésiens.

— Masque de la grossesse —

Ou éphélide sont formés par les sécrétion des glandes de la peau.
Les tumeurs érectiles, les nœvis s'accentuent et peuvent être le siège d'écoulements sanguins.

— Système osseux —

On observe des dépôts osseux au niveau du bassin et sur la face interne des os du crâne appelés exostoses intra-crâniennes. Celà s'observe très rarement et peut mener une compression du cerveau et par suite des troubles cérébraux.

Articulations — Il y a ramollissement et hypertrophie de du fibro-cartilage au niveau des articulations du bassin surtout, c'est

Vessie — Elle se trouve comprimée, il y a rétention d'urine ou au contraire envies fréquentes d'uriner, ou incontinence d'urine.
La vessie peut se trouver entraînée dans la cavité abdominale, l'urèthre est entraîné aussi et très tiraillé.
Cette vessie peut se trouver comprimée par son bas-fond, un peu au dessus de l'aboutissant des 2 urethères, et la vessie a pour ainsi dire deux étages et par le toucher on aura de la cystocèle vaginale.
Il y a hypertrophie des fibres musculaires de l'urèthre, en arrière du bourrelet pubien et par le toucher on trouve un bourrelet roulant sous le doigt, c'est le canal de l'urèthre.
Il entraîne le méat urinaire et quelquefois le catéthérisme est difficile.

Système osseux — On voit des dépôts osseux se former sur les os du bassin au niveau des articulations.
A la surface interne des os du crâne, peut amener de la compression du côté du cerveau et par suite hémorragie cérébrale

ce qui constitue un relâchement des symphyses. On reconnait le relâchement de la symphyse pubienne à la douleur que la femme éprouve à ce niveau, puis en pratiquant le toucher et en fesant piétiner la femme sur place on sent les pubis s'élever et s'abaisser successivement.

— Système nerveux —

Il peut survenir des syncopes, on met alors la femme à plat en ayant soin de mettre la tête très basse; ceci provenant le plus souvent d'anémie cérébrale.

On observe aussi un souffle à la base du cœur. Il y a diminution des globules rouges et augmentation des globules blancs, diminution de la fibrine et augmentation du sérum, dans les 1ers mois, plus tard au contraire il y a augmentation.

Le caractère est bizarre et irritable.

La démarche de la femme enceinte est caractéristique. Par suite de la direction de l'utérus en avant, la femme reporte son centre de gravité en arrière, elle se cambre et marche les jambes légèrement écartées (Marche en canard.)

— Signes faisant reconnaître la grossesse. — Les signes ont été divisés en 2 grd. classes: les uns appartenant à la mère, les autres au fœtus; ceux-ci sont des signes certains.

Moyens d'investigation.

Interrogation
Inspection } Vue
Palper { Annexées au palper: la percussion et la fluctuation —
Auscultation
Toucher . . .

Interrogation — Dans les 1ers mois de la grossesse on doit demander: Première apparition des règles, leur régularité, dernière apparition des règles, si différentes causes n'ont pu suspendre les règles. Depuis les dernières règles si elle n'a éprouvé aucuns malaises.

Certaines femmes ont immédiatement des malaises: des vomissements; en général ils n'apparaissent qu'à la 1re époque manquante. Elles accusent des douleurs dans le bas-ventre, de la lourdeur, des picotements du côté des seins; des envies invincibles de dormir; des crampes d'estomac,

S'il y a eu des fausses couches antérieures rechercher les causes, faire suivre un traitement s'il y a lieu et empêcher surtout qu'elle ne se fatigue.

Organes génitaux

Des lavages fréquents devront être faits, des injections avec une solution antiseptique, solution phéniquée, ou sublimé faible, ou eau boriquée.
Le prurit vulvaire sera combattu au moyen de lotions très chaudes.

— Signes de la grossesse —

Les signes de la grossesse ont été divisés en signes incertains et signes certains.
Les signes ~~certains~~ incertains sont fournis par l'organisme maternel (dans les 3 1ers mois)
Les signes certains sont fournis par le foetus dès le 4me mois 1/2.

— Signes incertains —

Interrogatoire

Il devra porter sur l'état de la menstruation, les règles devront être supprimées
On devra demander l'époque ~~exacte~~ des dernières règles, c'est un signe presque

De la constipation. Les varices apparaissent.
Vers le 4ème ou 5ème mois, elles accusent des mouvements actifs, signes presque certains chez la multipare, non chez la primipare, (tenir compte du désir ou de la crainte d'avoir des enfants) Si c'est réellement le fœtus, elle dira ressentir les mouvements en bas et toujours au même endroit; puis en évoluant le fœtus se développant; il peut se produire des mouvements rythmiques qui pourront être perçus par la main de l'accoucheur.

Inspection — On remarque que les seins sont plus foncés, les tubercules de Montgomery sont plus visibles, saillants; l'aréole secondaire paraît, en comprimant le mamelon on peut faire sourdre une goutte de liquide (colostrum) Ce signe n'est pas toujours certain car les glandes peuvent secréter en dehors de la grossesse.

Membres infres — On observe des varices à la face exter. des cuisses et des jambes, (sensation de cuisson) L'abdomen est plus ou moins développé suivant le terme de la grossesse.
Dans les 2 ou 3 1ers mois le ventre est plat, (Mme Lachapelle, ventre plat enfant il y a)

certain chez la femme qui est ordinairement bien réglée.
Chercher si une émotion violente, une maladie chronique, une poussée d'anémie, la tuberculose ou toutes autres causes ne les ont pas arrêtées.
Pendant la grossesse certaines femmes perdent du sang périodiquement, on doit s'informer de la quantité de sang perdu et de la durée de l'écoulement sanguin.
Chez les multipares on doit s'enquérir des accouchements antérieurs, s'il y a eu des fausses couches, si les suites de couches ont été normales.

Vue. A la vue on voit la constitution de la femme, si elle est bien développée, ou au contraire si elle est rachitique, si elle a des varices, de l'œdème, l'état de la dentition et des seins.

Seins. Ils sont plus pigmentés, les tubercules de Mongomery sont plus développés, une seconde aréole légèrement boursoufflée, on peut aussi vers les derniers mois trouver des vergetures.

Palper Si la paroi abdominale est peu épaiss-

Vers le 3ème mois l'utérus déborde les pubis,
plus tard, il s'élève dans la cavité abdominale,
Organes génitaux externes, coloration plus foncée
surtout entre les grandes et les petites lèvres,
de même le tubercule antérieur du vagin.

Toucher

(Jeune grossesse) Demander à la femme si elle
n'est pas à l'époque correspondante des règles,
car l'utérus augmente, double même de
volume, ce qui peut faire, faire une
erreur de diagnostic.
Le vagin sera plus souple, plus humide,
le col augmenté de volume, à 2 mois l'utérus
est accessible dans les cul-de-sacs latéraux,
il est lourd, On doit combiner le toucher avec
le palper (Vider si c'est possible la vessie et rectum)
On doit se rendre compte de l'état du col,
puis l'index dans le cul-de-sac antérieur et
de l'autre main mettant l'utérus en antéversion
on sent le globe utérin ~~mobile et gros~~
Il paraît augmenté de volume, arrondi.
Vers 3 mois, il remplit une grande partie
de l'excavation.
Vers ~~le~~ 4 mois il s'élève et le palper donne
de meilleurs renseignements que le toucher.

on peut circonscrire le fond de l'utérus qui après 3 mois dépasse la symphyse pubienne

Sur la paroi abdominale, dès les 1ers mois on remarque la ligne brune (dépôt de pigment sur la ligne médiane)

Toucher Le col est le plus souvent dirigé à gauche et en arrière, on observe dès les 1ers mois un changement dans la forme et la consistance.

Par le toucher et le palper combiné on trouve dans le cul-de-sac antérieur le globe utérin mobile et grossi.

Auscultation L'auscultation donne des bruits particuliers, venant soit de l'intestin produit par le déplacement des gaz, ou soit par la transmission des bruits du cœur de la mère, ou de l'aorte abdominale ou d'un claquement produit par la pression du stétoscope sur les gros vaisseaux.

Sur les ~~parties~~ faces latérales de l'utérus on ~~perçoit~~ perçoit le souffle utérin ou maternel, il est assez doux, régulier, intermittent,

Grossesse de 5 mois

Palper

(En 1601) Le palper à été préconisé par Vigan, Mme Boivin, Matéï (Mr Pinard en 1878. Mode d'exploratn q. s. à reconnaît. grossesse p. f. q. se présente position variété posit.

On fait vider le rectum et la vessie ; ensuite on fait coucher la femme à plat sur le dos et rapprochée du bord du lit, les jambes légèrement écartées, si elle se contracte lui faire fléchir les jambes, et la pointe du pied appuyée sur le lit.

Faire l'antisepsie des mains ; les avoir à la température du corps.

On s'assurera de l'épaisseur des parois abdominales, leur tension, et leur sensibilité. Celle-ci peut être telle qu'on ne peut pratiquer le palper. Chez quelques unes, au contraire il y a paraplégie. Si elles sont trop épaisses ou résistantes la palpation est difficile ; on pratiquera alors la percussion ; on trouvera de la matité au niveau de l'utérus, de la sonorité audelà.

Le balottement abdominal à été décrit

Vers le 3me et 4me mois on peut obtenir des mouvements passifs (balottement abdominal.) La tête ou le siège peuvent ainsi balotter. On doit déprimer avec l'extrémité des doigts afin d'avoir des sensations plus nettes.

simple ou double, isochrone aux pulsations maternelles.

Causes — On a dit qu'il se produisait au niveau de l'insertion du placenta, pour cela on l'avait appelé souffle placentaire, mais ordinairement ce bruit persiste après l'accouchement et la délivrance.

On a dit aussi qu'il pouvait se produire au niveau des gros vaisseaux: artère aorte et artères iliaques, ou veines comprimées par l'utérus gravide (on a dit aussi au niveau de l'artère épigastrique).
Ce souffle serait produit par le sang qui passerait avec un frôlement dans l'artère puerpuérale (anastomose de l'artère utérine et utéro-ovarienne.)

Ces bruits de souffle ne sont pas d'une grande valeur au point de vue de la grossesse, car certains état pathologiques peuvent les amener: tumeurs, fibrômes.

— Signes certains —

Ces signes peuvent être perçus vers le 4me mois. La perception des mouvements actifs. perçus par la mère ne peuvent être rangés dans ceux-là car elle se trompe elle-même et peut induire en erreur.

Auscultation — Vers 3 1/2 a 4 mois on peut entendre les bruits du cœur sur la ligne médiane, au dessus des pubis progressivement jusqu'au niveau de l'ombilic.
Les B. du cœur arrivent un peu assourdis.
Par l'auscultation on peut entendre le souffle utérin.

Toucher et palper combiné — Donne le ballottement vaginal.

Dans certains cas le diagnostic de grossesse est difficile par le palper, quand l'utérus est très mou, dans les cas de fœtus macéré, il est difficile de délimiter le globe utérin. On peut aussi dans certains cas de rétroversion par exemple, la vessie étant très distendue peut-être prise pour l'utérus.
Un fœtus mort a 5me ou 6me mois ne présente plus aucun caractère spécial, l'utérus est mou, le diagnostic est difficile.

Môle hydatiforme — Dégénérescence des villosités choriales, développement anormal de l'utérus, il est irrégulier, d'une consistance ligneuse (la femme a des hemorragies)

Clinique — Constipation opiniâtre pendant suites de couches,
Purgatifs désinfectants: Lait. Calomel.

De 3m½ à 4 m $\frac{1}{2}$ le fœtus remue, mais dans les cas douteux ne pas affirmer une grossesse par les renseignements seuls fournis par la mère, elle a d'abord la sensation d'un petit frôlement très léger, très superficiel, plus tard elle ressentira des chocs donnés par les petits membres.

Les signes de certitude comprennent : les mouvements actifs et passifs perçus par la main de l'accoucheur, les bruits du coeur du fœtus, la perception de l'œuf.

Les mouvements actifs sont reconnus par la vue, le palper et l'auscultation.

Auscultation Avant d'entendre les br. du c. on peut sentir et entendre par le stétoscope les mouvements actifs.

Un peu plus tard on perçoit les B. D. C. C'est Maillard de Genève et Lejumeau de Kergaradec en 1818 qui ont préconisé ce mode d'exploration. Ensuite Depaul qui demandait à l'auscultation plus qu'elle ne pouvait donner. On a parlé de l'auscultation par le vagi-

Auscult^on Préconisée par Maillord de Genève, Lejumeau de Kergaradec, ensuite Dubois, puis Depaul, mais celui-ci demanda à l'auscultation plus qu'elle ne pouvait donner: le diagnostic des présentations

Ribemont Dessaigne ayant fait congeler des foetus a vu que le maximum des B.D.C. se trouvait à égale distance de la tête et du siège.

Les B.D.C. sont transmis par le plan latéral gauche; ou par le dos; le plan antérieur, le plan latéral droit, c'est alors le foie qui transmet ces B.D.C.

Pendant la vie intra-utérine les ~~fœtus~~ poumons ne fonctionnent pas, ils sont en état d'atélectasie, et c'est pour cela qu'ils transmettent les B.D.C.

L'auscultation peut être pratiquée d'une façon immédiate ou médiate: avec l'oreille sur la paroi abdominale, ou avec le stéthoscope.

Vers le 4^me mois on percevra les mouvements actifs; les bruits du cœur seront entendus entre les pubis et l'ombilic, ils sont très nets, bien frappés, mais paraissent lointains

mais ce procédé n'a pas été mis en pratique.
L'auscultation donne les bruits du cœur nettement frappés; les battements sont de 120 à 140 par minute: variables avec le volume et l'âge du fœtus, et le moment choisi. On a voulu distinguer le sexe de ~~fœtus~~ l'enfant par le nombre de battements mais les résultats n'ont pas été bons. On a dit que les bruits du cœur les plus fréquents appartenaient au sexe féminin, plus lents au sexe masculin.
Les B. D. C. renseignent que ~~sur~~ l'état de vie ou de mort du fœtus
Pour pratiquer l'auscultation on doit déprimer légèrement la paroi abdominale et placer le stétoscope sur la ligne médiane au dessus de la symphyse pubienne.
On peut les confondre avec les pulsations maternelles chez les femmes impressionnables ou hémophiles. On doit s'en assurer en prenant le pouls de la mère, il faut que les deux soient isochrones sinon qu'ils appartiennent à la mère.
On observe des bruits de souffle fœtal au niveau du cœur ou au niveau du cordon
Au niveau du cœur, souffle cardiaque,

on peut les confondre avec les battements de la mère ou le passage d'un gaz dans l'intestin (borborigmes.)

Souffles

On peut entendre le souffle utérin, isocrône au pouls de la mère, son rythme est simple intermittent, on peut l'entendre vers le fond de l'organe et sur les parties latérales. On ~~peut~~ a dit qu'on entendait le souffle au niveau de l'insertion du placenta (souffle placentaire) ou au niveau artère hépigastrique hypertrophiée (l'artère puerpuérale. Le souffle peut exister dans les cas de fibrômes.

Dans les cas de foetus mort vers le 6me ou 7me mois on peut entendre les pulsations cardiaques, ou les battements de l'aorte. Avant d'affirmer la mort du foetus: on doit tenir compte de l'épaisseur des parois abdominal, de l'excès de liquide amniotique de la position du foetus, de la finesse de l'oreille qui ausculte.

Les bruits ne vien 2 par 2 ~~comme~~ chez l'adulte mais ils sont très fréquents, leur intensité augmente progressivement au terme de la grossesse

dû a une malformation du côté du cœur.
Au niveau du cordon, souffle funiculaire dû à la compression du cordon entre la partie foetale et les parois utérines, où compression exercée par le stétoscope, dû dans certains cas aux valvules trop nombreuses de la veine ou a l'oblitération partiel des vaisseaux du cordon où arrêt de développement de ces vaisseaux.
Lorsqu'on entend pas les B. D. C. on ne doit pas en conclure que l'enfant est mort, seulement dans le cas où après les avoir perçus plusieurs fois on ne les entend plus quelques jours après.

Palper. On doit s'assurer de l'épaisseur des parois abdominales, ensuite limiter le fond de l'utérus en laissant la main on le sent se contracter, durcir; on cherche ensuite à apprécier le contenu, pour celà on déprime légèrement avec la pulpe des doigts et en imprimant un léger mouvement on a la sensation d'un corps solide fuyant dans le liquide: si on laisse la main on peut avoir le choc en retour; c'est ce qui constitue le balottement simple où double (balottement abdominal)

Environ 120 a 140 par minutes, cependant quelques cas où ils sont plus lents.
On a voulu faire le diagnostic du sexe d'après le nombre de battements: 120 a 130: fille, 130 a 140: garçon. On ne peut l'affirmer.

Toucher vaginal

Le toucher vaginal peut être pratiqué la femme étant couchée ou debout.
Debout lorsque la femme a de la dyspnée: affections cardiaques ou pulmonaires.
Le toucher vaginal renseigne sur la réalité de la grossesse, l'état du vagin, du col de l'utérus, la présentation et la position.
Le plus souvent on pratique le toucher avec l'index de la main droite, mais il faut aussi s'habituer à se servir de l'index de la main gauche.
On doit faire coucher la fm - etc - etc -
Antisepsie des organes genitaux de la fm et des mains et avant bras de la S. femme etc.
Si le doigt rencontre quelque chose d'anormal regarder avant de pratiquer le toucher.
Il peut y avoir au niveau des organes génitaux: des végétations, des plaques muqueuses,

Toucher Vers le 5^me ou 6^me mois le doigt placé dans le cul-de-sac antérieur perçoit un corps dur qu'on peut faire balotter (balottement vaginal)
On peut confondre une partie fœtale avec: des fibrômes, des kystes, des tumeurs, des organes du bassin; mais le diagnostic différenciel en est facile à faire.
La perception des membranes à travers un col déhiscent légèrement entreouvert est un signe certain.
En réunissant tous les signes perçus on peut arriver à diagnostiquer une grossesse jusqu'au 5^me mois, mais les erreurs sont faciles et on a vu affirmer des grossesses qui n'existaient pas et nier celles qui existaient.

Causes d'erreurs fesant croire à une grossesse

Chez les femmes mal réglées ayant de l'aménorrhée, ou chez les femmes âgées de 30 à 40 ans. elles sont mal réglées, prennent de l'embonpoint, se croient enceintes et font partager leur illusion à leur entourage.

des varices, de l'œdème, un abcès des grandes lèvres (de la glande de Bartholin)
On peut se rendre compte dans quelques cas de l'état de l'hymen, des cloisons verticales ou horizontales du vagin, des cicatrices pouvant être dues à des accouch^ts antérieurs, ou à l'emploi de certains liquides corrosifs qui amènent un rétrécissement du vagin puis on arrive sur le col, on doit se rendre compte de l'état du col, de l'état de l'orifice externe s'il n'y a pas oblitération ou aglutination.
On devra rechercher l'état des parois osseuses.
Au début de la grossesse on ne devra pas se fier sur l'état du col, il faut que le doigt ~~suive~~ la paroi antérieure du ~~vagin~~ vagin et jusque dans le cul-de-sac antérieur, puis on va dans les culs-de-sacs latéraux et postérieur en circonscrivant le col. Le pouce devra être dans un des plis de l'aine, les autres doigts repliés, on les mettra dans le sillon inter-fessier on gagnera ainsi ½ c.
On ~~ne~~ devra pas pratiquer le toucher à l'époque correspondant aux règles, on ne

Fausse grossesse où grossesse nerveuse.
S'observe chez les femmes qui ont un désir violent de maternité et sont nerveuses. Le ventre se balonne et l'examen est très difficiles, car les muscles de la paroi abdominale sont très distendus et rigides.
Dans quelques cas on est obligé de donner du chloroforme pour pratiquer l'examen.
La grossesse pourra être confondue avec des fibrôme prenant un développement exageré, avec des kystes de l'ovaire avec de l'ascite
Dans certains cas de métrite on voit le col légèrement ramolli et le corps de l'utérus volumineux.
Il faut reconnaître si la grossesse est simple où multiple, l'âge de cette grossesse ce qui n'est pas toujours facile car beaucoup de femmes ne se rappellent pas l'époque de leurs dernières règles, où celles chez qui les règles sont supprimées soit par l'allaitement soit par l'~~[illegible]~~ l'aménorrhée.
La durée de la grossesse est de 270 jours a 280. La loi accorde 300 jours. Après 300 jours l'enfant n'est pas légitime.

rendra compte du volume du col (Toucher et palper combiné)

Si l'utérus est augmenté par suite de métrite la femme se plaint et accuse des hémorragies fréquentes.

Vers 3 mois, si l'enfant est vivant, on sent un petit corps mobile, par suite du toucher et palper combiné on peut produire le ballottement vaginal.

Un peu plus tard on peut encore obtenir le ballottement, vers 7 à 8 m. on ne fait que soulever la partie fœtale.

Dans les derniers temps de la grossesse on peut voir un amincissement du segment infr qui permet de trouver les sutures et les fontanelles.

Le doigt se dirigera de haut en bas, puis de droite à gauche pour trouver le col.

Si on ne le trouve pas de suite on doit le chercher dans un des culs-de-sacs.

Dans certains cas le col est très ramolli; on le distingue difficilement des parties voisines. D'autres fois au contraire coudé, accolé entre le segment infr aminci et les parois latérales du bassin. (1)

(1) Chez les primipares l'orifice externe est circulaire, fermé; chez les multipares il est le plus souvent transversal, entre-ouvert, présente une lèvre antérieure et une postre.

Pour évaluer le terme de la grossesse on délimite le fond de l'utérus ; on doit en examinant une femme enceinte s'assurer de la conformation du bassin, rechercher les différents états pathologiques qu'elle peut avoir.

Phénomène de l'effort.

L'effort est un ensemble de contractions musculaires, énergiques avec immobilisation complète ou incomplète, partielle ou totale de la cage thoracique avec ou sans arrêt de la respiration.

La contraction musculaire quelle qu'elle soit est un effort, mais n'en prend pas le nom.

La contraction musculaire comprend 3 points.

1° Contractions synergiques des muscles extenseurs
2° contraction des muscles antagonistes, et point d'appui sur le squelette.

Les seconds (fléchisseurs) règlent le mouvement.

La contraction musculaire donne en petit ce qu'est l'effort en grand.

— Circulation foetale —

Pour le foetus il y a 2 circulations : la circulation Omphalo-mésentérique et la circulation placentaire.

Omphalo-mésentérique

Le cœur est situé vers l'extrémité céphalique il est constitué par une double motte de cellules embryonnaires. Les cellules périphériques vont former les fibres musculaires du cœur ; les cellules centrales vont se liquéfier pour former le sang. Ainsi le cœur qui avait d'abord la forme d'un point appelé punctum saliens prend la forme d'un tube doué de mouvements. ~~Le cœur va se renfler à son extrémité supérieure et sur~~ ensuite ce tube présente 2 amincissements ; les deux extrémités de ce tube vont se renfler. De l'extrémité supérieure de ce tube part 2 arcs aortiques, ces arcs se détachent à la partie antérieure du tube se recourbe en arrière le long de la colonne vertébrale, à leur naissance elles portent le nom d'artères vertébrales antérieures et descendant le long de la colonne vertébrale portent le nom de vertébrales postérieures.

L'effort commence lorsqu'il y a modification dans la respiration.
L'inspiration consiste à introduire une certaine quantité d'air dans la cage thoracique, pour immobiliser les côtes.
L'expiration se ralentit ou se supprime momentanément, la glotte se ferme.
La cage thoracique devient le point résistant, le point d'appui des muscles abdominaux.
Plus l'effort doit être considérable, plus la suspension de la respiration est courte et l'expiration est brusque. Si l'effort doit être soutenu, prolongé, la suspension de la respiration dure plus longtemps.
Pour la plupart des auteurs la glotte doit se fermer; Mr Morel Lavallée a dit que dans certains cas la glotte n'avait pas besoin d'être fermée, l'expérience en a été faite sur des animaux ayant eu des fistules trachéales.
Il n'en est pas de même pour les personnes qui ayant subi la trachéotomie ne peuvent pas faire d'effort. Et pour les personnes ayant une hernie du poumon, celle

Ces artères envoient à leur partie inférieure les deux artères omphalo-mésentériques qui vont se diviser dans les parois de la vésicule ombilicale, jusqu'à la hauteur moyenne.
Tous ces vaisseaux vont se jeter dans le sinus terminal ou coronaire; de ce sinus part 2 veines omphalo-mésentériques qui rapportent le sang au ~~cœur du fœtus~~ l'embryon; bientôt l'une de ces veines va s'atrophier, l'autre persistera et sera la veine mésentérique qui ramène le sang de l'intestin.
Ensuite le cœur s'incurve et prend la forme d'une S italique, ensuite il ~~se~~ subit des modifications et présente 3 dilatations: 1re dilatat. supérieure; bulbe aortique ou cavité artérielle
2e dilat., cavité ventriculaire (moyenne)
3e dilat. infér.: cavité auriculaire.
Bientôt on voit la cavité ventriculaire s'abaisser, devenir inférieure et entraînant avec elle le bulbe aortique, qui va bientôt se diviser pour former l'aorte et l'artère pulmonaire.
A ce moment on va voir le cloisonnement du cœur. D'abord une cloison transversal qui

semble pas s'exagérer dans le phénomène de l'effort

La cage thoracique reste complètement dilatée pendant les grands efforts; au contraire immobilisée partiellement pendant les petits efforts.

— Différentes sortes d'efforts —

1° Effort thoraco-abdominal, cage thoracique dilatée à son maximum, les sphincters sont fermés, contractions du diaphragme qui prend un point d'appui sur la masse intestinale.

Les femmes ne sont pas capables de faire un aussi grand effort que les hommes, car leur périnée est moins résistant surtout quand après plusieurs accouchements il y a eu déchirure du périnée.

2° Effort abdominal par contraction de l'abdomen sur l'estomac (le vomissement) sur la vessie (miction) sur le rectum (défécation) sur l'utérus (accouchement.)

(Au moment de l'accouchement le phénomène de l'effort se joint à la contraction utérine pour l'expulsion du fœtus.

séparera les oreillettes des ventricules, elle sera incomplète et laissera les orifices auriculo-ventriculaires droit et gauche; ensuite. ~~Des~~ la pointe du cœur partira une cloison verticale complète de bas en haut qui divisera la cavité ventriculaire en deux cavités; ensuite la cavité auriculaire ~~est~~ divisée en 2 par une cloison ~~[illegible]~~ verticale incomplète, qui laisse un orifice appelé trou de Botal, ~~les fibres~~ ~~la~~ cloison va d'arrière en avant contrairement à la cloison des ventricules. On a ainsi 4 cavités.
Le bulbe aortique à ce moment donne ~~l'aorte~~ et l'artère pulmonaire et la crosse de l'aorte, celle-ci se continuera par les 2 artères vertébrales antérieures accolées qui porteront le nom d'aorte thoracique, un peu plus tard les 2 vertébrales postér. se fusionnent pour donner l'~~arte~~ aorte abdominale; celle-ci va donner à sa partie inférieure les 2 artères ombilicales (A ce moment la vésicule ombilicale est atrophiée et l'allantoïde apparaît.

Les artères ombilicales se recourbent de haut en bas et d'arrière en avant suivant le

3°. Effort thoracique, la cage thoracique dilatée à son maximum. la respiration continue. Elle se continue par la contraction et le relâchement successif du muscle diaphragme.
Dilatation et immobilisation de la cage thoracique, mais si les muscles inspirateurs sont immobiles. le diaphragme au contraire se contracte et ... la respiration.
Chez la femme l'effort thoracique est moindre que chez l'homme.
— Phénomènes accompagnant l'effort —
Par suite de la distension de la cage thoracique et des poumons la circulation veineuse est gênée, arrêtée en partie; il y a turgescence de la face, elle devient violacée, il y a tintements et bourdonnements d'oreilles.
Chez les personnes atteintes de maladies de cœur d'emphysème pulmonaire, elles ne peuvent pas faire l'effort ou peu.
Dans les artères on voit les battements se ralentir et même cesser un instant
La femme en accouchant ...

périeure de la vésicule allantoïde, se ramifient dans cette vésicule et plus tard dans le placenta.
Les artères ombilicales vont donner les artères iliaques primitives qui très grêle d'abord deviennent plus volumineuses au fur à mesure que l'embryon se développe, et il semblera plus tard que les artères ombilicales naissent des 2^{es} iliaques.
Après s'être ramifiées dans la vésicule allantoïde qui remplit tout le cœlome extérieur il se forme un réseau veineux qui constitue les veines principales qui après avoir suivi le cordon, pénètrent dans l'embryon par l'ombilic.
Bientôt une de ces veines ombilicales va s'atrophier, une seule persiste et reçoit la mésentérique qui formera le tronc de la veine ombilicale qui va se jeter dans la veine cave inf.
Autour et en un point de la veine ombilicale on voit un amas de cellules ou bourgeon qui va constituer le foie. A la partie inf. du foie la veine ombilicale se bifurque en 2 branches : une qui sera le canal ...

faire des efforts considérables, hernie seme de la circulation artérielle se fait pas au niveau de la tête.

Le corps thyroïde se gonfle de sang, augmente de volume et ses bords latéraux et postérieurs compriment les pour ainsi dire les carotides, de sorte que la circulation cérébrale au lieu d'être plus active se fait peu.

Après l'accouchement on peut voir une hypertrophie du corps thyroïde, par suite d'hémorragies [illegible].

Cependant les efforts peuvent être suivis de la déchirure de la membrane du tympan, fractures des côtes, luxation par contraction musculaire; pendant l'accouchement il peut se produire des hernies; emphysème sous-claviculaire, rupture du cœur, rupture de l'utérus.

d'Arenzi qui va se jeter directement dans la veine cave infre. L'autre tronçon va recevoir la veine mésentérique et formera le système porte qui donnera les veines afférentes qui iront se ramifier dans le foie et ~~se~~ ~~con~~tinueront avec les veines efférentes ou sus-hépatiques qui vont se jeter dans la veine cave infre. qui se jette dans l'oreillette droite du cœur, à l'embouchure de cette veine est la valvule d'Eustachi qui conduit le sang de l'oreillette droite dans l'oreillette gauche.

Le sang venant de la veine cave supérieure passe dans le ventricule droit. Du ventricule droit il sera lancé par la contraction du cœur dans l'artère pulmonaire. De cette artère part le canal artériel qui fait communiquer l'artère pulmonaire avec l'aorte.

La circulation se fait ensuite comme chez l'adulte.

— Circulation fœtale —

On distingue chez le fœtus deux circulations successives.

1° Circulation de la vésicule ombilicale ou omphalo-mésentérique.

2° Circulation [illegible] qui persiste jusqu'au moment de la naissance

3° Après la naissance et la circulation pulmonaire ou définitive s'établit.

— Circulation omphalo mésentérique —

Cette circulation est transitoire, elle apparaît vers la 4ème semaine et disparaît vers la 6ème semaine. Elle est fournie par un organe central ayant la forme d'un tube contourné et renflé à ses extrémités. De l'extrémité antérieure partent deux arcs aortiques qui se fusionnent pour former l'aorte thoracique, qui donnera les deux vertébrales postérieures d'où partiront une multitude de petits vaisseaux dont les plus considérables seront les artères omphalo-mésentériques, qui passeront et se ramifieront dans l'aire claire et vasculaire et dans la vésic

— Mélanges du sang —

On observe 5 mélanges dans le sang du foetus.

1er mélange. Avant de pénétrer dans le foie la veine ombilicale reçoit la veine mésentérique qui vient de l'intestin. Le foie est l'organe qui reçoit le sang le plus pur.

2e mélange au niveau de la veine cave inférieure où le canal veineux d'Arenzi s'abouche dans la veine cave infé^re^

3e mélange au niveau de l'oreillette droite où vient déboucher la veine cave sup^re^ et infé^re^

4e mélange, au niveau de l'oreillette gauche où débouchent veines pulmonaires apportant le sang des poumons.

5e mélange où le sang est déversé par le canal artériel dans l'aorte

Aussitôt après la naissance, sous l'influence de la respiration il y a appel considérable de sang au niveau des poumons, surtout si l'enfant crie très.

Les canaux; artériel, veineux d'Arenzi, les artères ombilicales, la veine ombilicale sont réduit à l'état de cordons fibreux, le trou de Botal s'oblitère

ombilicale et le sang revient par les deux veines omphalo-mésentériques.
L'aire vasculaire est limitée par une veine circulaire appelée sinus terminal qui va donner les veines omphalo-mésentériques.
Une artère et une veine omphalo mésentériques vont s'atrophier, les autres persisteront et donneront l'artère et la veine mésentériques.

— Circulation placentaire —

Le tube s'incurve en S et présente 2 étranglements donnant naissance à 3 cavités distinctes : cavité auriculaire, cavité ventriculaire, cavité artérielle ou bulbe aortique.
Le bulbe aortique se cloisonne et va former l'aorte à gauche et l'artère pulmonaire à droite.
Les deux autres cavités sont aussi se cloisonner mais la cloison des deux oreillettes sera incomplète et laissera un orifice appelé trou de Botal qui fait communiquer les deux oreillettes entre elles.
Des artères vertébrales postérieures se [illegible]

Les artères ombilicales s'oblitèrent, il y a rétraction et atrophie des 2 parois interne et hypertrophie de la paroi externe, la veine se rétracte également comme les artères.
Vers le milieu du canal artériel on voit un caillot qui subit la dégénérescence fibro-graisseuse et oblitère la lumière du vaisseau la tunique interne s'hypertrophie et 2 parois se mettent en contact vers le centre, les cellules prolifèrent du centre à la périphérie et le canal est oblitéré.
Le trou de Botal va aussi s'oblitérer, Des parois antérieures et postérieures vont partir 2 cloisons qui allant à la rencontre l'une de l'autre, s'accolleront pour ainsi dire sans se fusionner. Ces 2 parois peuvent être séparées par un stylet même chez l'adulte
Dans certains cas l'oblitération du canal artériel ou du trou de Botal est incomplète.
L'enfant se cyanose (maladie bleue)
Dans certains cas l'enfant peut vivre quelques jours. Il meurt le plus souvent.
(Prion à faire)

les deux artères ombilicales qui donneront naissance aux artères iliaques mais bientôt celles-ci se développent considérablement et sembleront donner les ombilicales.
Les artères ombilicales vont passer par l'ombilic formeront le cordon puis iront se ramifier dans le placenta, [illegible] en contact avec le sang de la mère, à ces artères font suite les deux veines ombilicales, mais bientôt une des veines s'atrophie, une seule persiste. La veine ombilicale forme avec les artères le cordon, pénètre par l'orifice [illegible] rencontre dans son trajet la veine cave inférieure celle-ci est chargée de ramener [illegible] membres inférieurs [illegible] intestin. [illegible] sur cette veine ombilicale va ~~apparaître~~ se former le foie qui apparaîtra sous la forme d'un bourgeon. La veine ombilicale va donner naissance à des vaisseaux : les vaisseaux afférents qui se continueront avec les vaisseaux efférents. Dans cette veine va se jeter la mésentérique, et la portion de la veine ombilicale entre son union avec la mésentérique et l'endroit où elle reprend les

Tête foetale

La tête foetale est la portion la plus volumineuse du foetus, est la moins réductible.
C'est par cette portion que se présente le plus souvent le foetus.
Dans certain cas, le bassin étant normal, cette tête trop volumineuse ne peut le franchir.
On reconnait le volume de la tête par le toucher ; par le palper dans la présentation du siège, dans ce cas elle paraît toujours plus grosse qu'elle n'est.
Elle est formée par une série d'os qui constituent la voûte crânienne et la face.
On a divisé le crâne en 2 portions : voûte et base

Voute : les frontaux, les pariétaux, la portion écailleuse des temporaux, la portion écailleuse de l'occipital.

Base : Portion basilaire de l'occipital, l'apophyse pétrée des temporaux, le sphénoïde et l'ethmoïde.

efférents sera appelée : canal veineux d'Arantius qui se jette dans la veine cave inférieure.
La veine cave inférieure va se jeter dans l'oreillette droite du cœur à son orifice on trouve la valvule d'Eustache qui sert à guider le sang de l'oreillette droite dans l'oreillette gauche.
Le sang veineux des membres supérieurs et de la tête arrive par la veine cave supérieure dans l'oreillette droite, il passe directement dans le ventricule droit, ensuite il est pris dans l'artère pulmonaire, il passe dans le canal artériel qui fait communiquer l'artère pulmonaire avec l'aorte.
De l'aorte partiront les artères ombilicales qui amèneront le sang veineux au placenta, là il s'oxigènera.
Le sang du fœtus est plus riche en oxigène au niveau du foie, là se fait le 1er mélange où la veine mésentérique se jette dans la veine ombilicale ; 2me mélange où le canal veineux d'Arantius se jette dans la veine cave inférieure ; 3me mélange au niveau de l'oreillette droite ou le sang

C'est cette partie qui est à moins réductible et que l'on doit broyer dans la basiotripsie.
Au niveau de la voûte on voit des espaces membraneux reliant les os entre eux, ces espaces membraneux ou sutures permettent le chevauchement des os les uns sur les autres ce qui permet la réduction de la tête au moment de l'accouchement.
La suture sagittale s'étend de la racine du nez à la pointe de l'occiput, elle est croisée en avant par la suture fronto-pariétal ou coronaire qui sépare les bords post. des frontaux avec les bords antérieurs des pariétaux
A l'union de cette suture avec la suture sagittale on voit un espace membraneux losangique appelé fontanelle antre ou bregmatiq.
Vers la pointe de l'occipital, la suture sagittale se bifurque pour former la suture lambdoïde qui unit les pariétaux à l'occipital. A ce niveau on trouve une dépression triangulaire appelée fontanelle postérieure.
Par suite du chevauchement considérable des os la fontanelle antre peut être confondue avec la p.

La fontanelle de Gasser se trouve à l'union du pariétal du frontal et de l'occipital. L'on peut la confondre avec la fontanelle post^re.
Sur le trajet de la suture sagittale on peut trouver des fontanelles supplémentaires triangulaires ou quadrangulaires appelées de Gerdy.

Charnière occipitale

Cartilagineuse, se trouve à l'union de la portion écailleuse et de la portion basilaire de l'occipital (permet la réduction de la tête au moment de l'accouch^t.
(Decrite par M^r Budin)

— Diamètres de la tête foetale —
(Voir le cours de M^r Brissaud)

Articulations de la tête avec la colonne
— vertébrale —

Les mouvements d'extension, de flexion, et de latéralité sont très marqués.
Ces mouvements peuvent se produire grâce à la mobilité des articulations les unes sur les autres.

— Respiration chez le foetus —

On entend par respiration, l'échange de gaz se produisant au niveau des poumons chez l'adulte et du placenta chez le foetus.
Les divisions des artères ombilicales se répandent dans les villosités choriales, ce sang par le phénomène d'osmose se sépare de son acide carbonique et se charge de l'oxygène de la mère il revient alors au foetus par la veine ombilicale.
Le foetus à relativement besoin de peu d'oxygène étant toujours soumis à la même température.
Le foetus a une certaine vitalité, dans certains cas il peut résister longtemps, dans d'autres au contraire il meurt rapidement.
Dans les cas où la mère meurt asphixiée par l'oxide de carbone (acide carbonique) on peut après sa mort faire la dilatation forcée et extraire l'enfant vivant, car les globules sanguins chargés aussitôt d'oxide de carbone, ne prennent rien aux globules du foetus. Au contraire, si la femme meurt par asphixie simple (par autre chose que du charbon) l'oxigène du foetus passe dans le sang de la mère et l'enfant meurt rapidement.

— Foetus à terme —

Le foetus à terme après son expulsion mesure de 49 a 51c. de longueur.
Le poids est variable, en moyenne 3200gr
Quelques uns pèsent moins par suite d'une maladie de la mère empêchant son développement.
D'autres plus volumineux viennent à 3.500 grs. 4000 g. 4500 g. 5000 g. très rare. 6000 grs très rare.
Les causes amenant le développement exagéré de l'enfant ; père et mère bien portants. Le sexe masculin est plus volumineux ; chez les multipares le volume des enfants augmente avec leur nombre à condition qu'ils ne soient pas trop rapprochés ; l'alternance des sexes paraît favoriser le volume du foetus, la [illegible] des règles, leur durée semble favoriser le volume du foetus.
Pour étudier le foetus on l'a divisé en 3 parties : [illegible] la tête
celle-ci est la plus importante

— Nutrition —

Dans les 8 1res semaines, l'embryon se nourrit aux dépends de la vésicule ombilicale qui contient un liquide dans lequel on trouve des peptones et des albuminoïdes.

L'allantoïde étant développée, le placenta étant formé c'est à son niveau, c'est-à-dire dans le sang de la mère que les matériaux nutritifs vont être puisés.

Les villosités choriales plongeant au delà des lacs sanguins, jusqu'au niveau du muscle utérin vont chercher ces matériaux de nutrition : sels, phosphates. Certains médicaments administrés à la mère peuvent passer au fœtus : le chloroforme, le laudanum, le sirop de Gibert, l'iodure de potassium. Chez le fœtus la matière glycogène est fabriquée au niveau du placenta

Sécrétions Peau — La peau sécrète, les glandes sécrètent un enduit sébacé, très abondant au niveau des plis naturels.

Intestin — L'intestin et le foie fonctionnent. Le méconium est formé par la sécrétion des glandes intestinales, cette sécrétion est verdâtre

L'extrémité céphalique comprend 2 parties: le crâne et la face.
Le crâne a été également divisé en 2 parties: voûte et base.
Les os qui constituent le crâne sont séparés par des espaces membraneux appelés sutures.
Ces os sont les frontaux, les pariétaux, l'occipital.

Sutures

A l'union des sutures on trouve des espaces membraneux appelés fontanelles.
La suture sagittale ou bi-pariétal va de la racine du nez à la pointe de l'occipital, là elle se bifurque pour former la suture lambdoïde.
On trouve aussi la suture coronaire ou fronto-pariétal qui sépare les frontaux des pariétaux.
Sur le trajet de la suture sagittale on trouve deux fontanelles: 1° fontanelle antérieure ou bregmatique ou grande fontanelle.
Espace membraneux, losangique ~~[illegible]~~ auquel aboutissent 4 tronçons de sutures.
A l'extrémité postérieure on trouve la fontanelle postérieure ou lambdoïde, espace membraneux, triangulaire auquel

Due à la bile.

Séreuses — Les séreuses sécrètent aussi : du cerveau, l'arachnoïde, des poumons : la plèvre. De l'abdomen : le péritoine.

Cas de dystocie — Elles peuvent sécréter exagérément et on aura du côté du crâne : l'hydrocéphalie. Du côté du thorax : l'hydro-rachis et l'hydro-thorax.
Du côté de l'abdomen : l'ascite.

Reins — Les reins sécrètent également, on en a la preuve dans les cas d'imperforation de l'urèthre, il y a distension exagérée de la vessie mettant obstacle pour la terminaison de l'accouchement.

Innervation — L'enfant est très sensible aux chocs extérieurs. La motilité existe aussi puisqu'il évolue dans la cavité utérine.
Le fœtus a des alternatives de veille ou de sommeil, et lorsqu'on imprime des mouvements à l'utérus, à travers la paroi abdominale on le sent s'agiter.

Note — Priver un enfant de 90 grs. de sang, équivaut à une saignée de 1 litre de sang chez l'adulte.

aboutissent 3 tronçons de sutures. C'est plutôt une dépression formée par l'enfoncement de la pointe de l'occipital sous les pariétaux assez difficile à trouver pendant le travail par suite du chevauchement des os.
La fontanelle antérieure est plus grande et plus facile à trouver.

La charnière occipitale reste à l'état cartilagineux jusqu'au moment de la naissance

C'est la charnière occipitale, cartilagineuse située sur la portion basilaire qui permet ainsi les mouvements de l'occipital et son enfoncement sous les pariétaux (Mr Budin.)
Les fontanelles de Gasser sont situées à la union des frontal du temporal et de
On trouve quelquefois sur le trajet de la suture sagittale des marque d'ossification qui constituent les fontanelles supplémentaires là aboutissent 2 sutures seulement.

Diamètres de la tête

On distingue 3 sortes de diamètres : antéro-postérieurs, transversaux et verticaux.

Antéro-post^es Occipito-frontal, de la partie saillante du front à la protubérance occipitale mesure 11 –

_ Attitude du fœtus _

Par attitude on entend: la situation, la forme la direction des parties fœtales.
Le fœtus est incurvé, fléchi sur lui-même
La tête est fléchie sur le thorax, les membres supérieurs croisés sur la poitrine, les cuisses fléchies sur l'abdomen, les jambes sur les cuisses et les pieds croisés (Attitude du tailleur sur sa table)
Le fœtus ainsi pelotonné à la forme d'un ovoïde dont le diamètre vertical mesure 28c environ.
Cette flexion exagérée du fœtus sur lui-même est due à la pression exercée par les parois utérines.
Dans les conditions normales et à terme, on voit le fœtus s'accomoder avec l'utérus.
La petite extrémité de l'ovoïde fœtal va se mettre en rapport avec la petite extrémité de l'ovoïde maternel (partie inf. de l'utérus) et la tête se place au niveau du détroit supérieur

Loi de l'accomodation (Pajot)

Occipito-mentonnier, de l'occiput au menton 13c.
Par suite des déformations [illegible] on trouve un autre plus grand, le sus-occipito-mentonnier ou maximum 13c½
Sous-occipito-bregmatique 9c½

[illegible] Bi-pariétal 9c½.
Bi-temporal 8c7.
Bi-mastoïdien 7c.8

Verticaux Mento-frontal 9c½.
Trachélo-bregmatique 11c.

Circonférences Grande et petite. La grande sera représentée par une ligne passant par les diamètres bi pariétal et frontal mesure 37c.
La petite mesure 32c8.

Diamètres du tronc Le tronc et l'extrémité céphalique du fœtus seront réunis par le cou.
Les grands diamètres du tronc sont transversaux

Transversaux Bi-acromial 12c. mais n'ont pas l'importance des diamètres de la tête, car ils se réduit considérablement, arrive à mesurer 9c.

Antéro-postérieur Sterno-dorsal : du sternum à la colonne vertébrale: 9c 5-

— Présentations —

Vers la fin de la grossesse le fœtus s'accomode, et une grosse région fœtale vient se mettre en rapport avec le pourtour du détroit supr. On dit alors qu'il y a présentation.

Pendant la grossesse il n'y a pas à proprement parler de présentation, puisque la région fœtale n'est pas fixée.

Trois grdes régions fœtales peuvent se présenter. L'extrémité céphalique, l'extrémité pelvienne et le tronc.

L'extrémité céphalique peut être fléchie ou défléchie.

Fléchie { Sommet
Défléchie { Face

L'extrémité pelvienne ou siège peut se présenter complet ou décomplété:

— Décomplété . . { . Mode des fesses.
Ces 2 dernières variétés { Modes des pieds.
se rencontrent p. le travail { Mode des genoux

~~Le~~ tronc peut se présenter par sa partie latérale droite ou gauche.

Ainsi donc cinq présentations franches:

(antéro-postérieur)
Bi-iliaque mesure 8c (Pubio-sacré 9c 5)
Bi-trochantérien mesure 9c.
Dans certains cas très rares, on peut avoir des difficultés pour l'extraction des épaules, lorsqu'on a à faire à un fœtus volumineux. Les diamètres de la tête sont réductibles de 1c. environ; mais si les diamètres transversaux diminuent, il y a agrandissement des diamètres antéro-postérieurs.

Attitude du fœtus dans la cavité utérine

Il se pelotonne, présente une attitude fléchie. Les bras sont croisés sur la poitrine, les cuisses fléchies sur l'abdomen, les jambes sur les cuisses, la tête fléchie sur le thorax. Ainsi pelotonné il a la forme d'un ovoïde à grand diamètre vertical.

Loi de Pajot — Lorsqu'un corps solide est contenu dans un autre, si le contenant est alternativement le siège de mouvements et de repos, si les surfaces sont lisses, glissantes, anguleuses le contenu tendra sans cesse à accomoder sa

Points de repère

- Sommet — fontanelle post.re
- Face — menton.
- Siège — crête sacrée.
- Epaule droite } Acromion —
- Epaule gauche }

Pour chacune de ces présentations on observe des variétés inclinées:

Pour le sommet: 3 variétés inclinées:

Variétés:

1° Occipitale: lorsque l'occiput est au centre du bassin, la tête étant exagérément fléchie: s'observe d. les bassins rétrécis

2° Frontale: La fontanelle ant.re est au centre du bassin, la tête étant incomplètement fléchie: s'observe dans bassin normal ou rétréci

3° Pariétale: Droite ou gauche: Bosse pariétale au centre du bassin, la suture sagittale très rapprochée du promontoire ou de la symphyse pubienne, On l'observe dans: bassin rétréci, placenta prævia amenant épaississement du segment inf.r, présence d'un fibrôme.

---

forme et ses dimensions, à la forme et à la dimension du contenant.
Les grosses parties fœtales se placent dans les grandes parties maternelles.
On appelle présentation, la grosse région fœtale qui s'engage ou tend à s'engager la 1re au niveau du détroit supérieur.
Le fœtus ne peut se présenter que par 3 de ses régions : céphalique, pelvienne, plans latéraux. Donc 3 présentations.

- Sommet
- Siège
- Epaule

L'extrémité céphalique peut se présenter fléchie ou défléchie.

1° Sommet (fléchie)
2° Face (défléchie)

Le siège peut se présenter accompagné des membres inférieurs, ou ceux-ci relevés.
On a le siège complet ou siège décomplété.

Décomplété:
- mode des fesses
- mode des genoux
- mode des pieds.

Pour la face : 4 variétés inclinées :

Variétés :

1° Frontale : Tête incomplètement fléchie, le front est au centre du bassin.

2° Cervicale : Tête exagérément défléchie, le menton est au centre du bassin.

3° Malaire droite :
4° Malaire gauche : } La joue est au centre du bassin.

(Erreur facile avec siège.)

Pour le siège : 4 variétés inclinées :

Variétés :

1° Postérieure ou sacrée : foetus placé obliquement. La crête sacrée répond au centre du bassin.

2° Pubienne : Le pubis est au centre du bassin.

3° Iliaque droite :
4° Iliaque gauche : } La crête iliaque répond au centre du bassin —

Pour l'épaule : 2 variétés inclinées ;

Variétés :

1° Dorsale : Le dos du foetus répond au centre du bassin.

2° Sternale : Le sternum répond au centre du bassin.

On doit corriger ces variétés de présentation afin que l'accouchᵗ puisse se terminer

---

La présentation des plans latéraux peut se diviser en
Epaule droite
Epaule gauche

— Présentation de l'extrémité céphalique —
Dans les 6 premiers mois de la grossesse le foetus très mobile, peu développé ne donne pas lieu à une présentation.
En général le siège est en bas et l'extrémité céphalique occupe le fond de l'utérus.
Il fait ensuite de culbute, une version spontanée se produit et a la fin de la grossesse on voit le plus souvent la présentation du sommet.
Dans les 6 1ers mois le fond de l'utérus est plus développé que le segment infr jusqu'a ce moment la partie fœtale la plus volumineuse étant la tête va se placer dans la partie la plus large.
Après 6 mois le siège se développant davantage que la tête, celle-ci va se loger dans la partie inférieure de l'utérus, et le siège plus volumineux dans le fond.

par une quantité de liquide amniotique.
(Ne pas confondre le dos avec le plan latéral.)

— M. I. G. A. —

Palper: Dans les antérieures le diagnostic est plus facile. L'occiput est plus difficilement accessible, cependant à gauche et en avant on peut trouver une saillie en forme de fer à cheval, donnée par le maxillaire infre. Dans tous les cas les B. D. C. sont transmis par le plan antérieur du foetus.

Si par le toucher on n'arrive pas sur la fontanelle postre on est pas autorisé à dire que c'est une présentation du sommet, elle doit occuper le centre de l'excavation du point de repère foetal peut occuper un point quelconque du bassin, et regarde ou la moitié droite du bassin où la moitié gauche; ainsi on a deux positions : une droite, une gauche.

~~Le point de repère foetal~~

les points de repère pris sur le bassin sont au nombre de 3, ce qui constitue 3 variétés de positions : antérieure, transversale et postér..

Variété antérieure	{	Eminence ilio-pectinée
,, transverse		moitié de la ligne innom
,, postérieure		symphyse sacro-iliaque

Chacune de ces variétés peut être droite ou gauche.

Par position on entend les rapports qui existent entre la partie foetale qui se présente et le contour du détroit supérieur

- Diagnostic de grossesse gémellaire -

Définition — Par grossesse gémellaire, on entend la présence de deux fœtus dans la cavité utérine.

Fréquence — En France on en rencontre 1 cas sur 90.

Causes: — Elles sont multiples:

1° L'hérédité.

2° La taille de la femme (assez souvent les grossesses gémellaires se rencontrent chez les grandes femmes.

3° L'âge (de 25 a 30 ans)

4° La multiparité.

5° Le volume exagéré de l'ovaire, où la rupture simultanée de deux vésicules de de Graaf, se trouvant fécondées en même temps, où 2 ovules dans la même vésicule. Où 2 germes dans le même ovule (dans ces cas il y a inclusion fœtale.

Dans la même poche on peut observer deux ~~fœtus~~ distincts.

Dans certains cas on observe la superimprégnation qui constitue:

1° La superfécondation (Entre 2 époques menstruelles)

2° La superfœtation (nouvelle imprégnation après 90 jours)

Ces cas sont très rares, et on est en droit de se demander s'il n'y a pas d'utérus double.

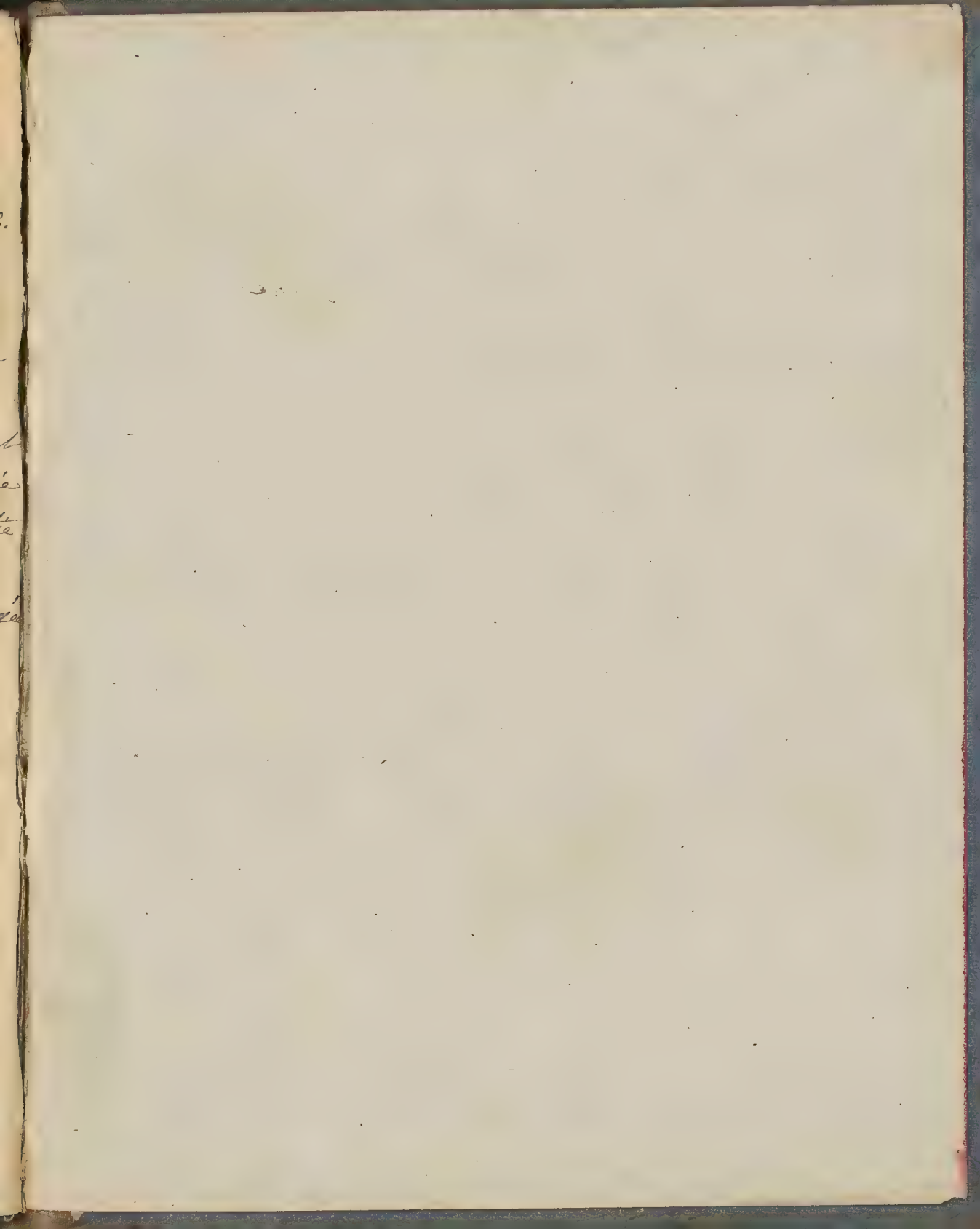
Diagnostic : Interrogation — Dernières règles ; développement de l'utérus subit ou progressif ; si dans les antécédents héréditaires il y a des jumeaux ; la quantité de sang perdu dans les dernières règles ; savoir où la femme sent remuer, si les mouvements qu'elle ressent sont perçus partout en même temps.

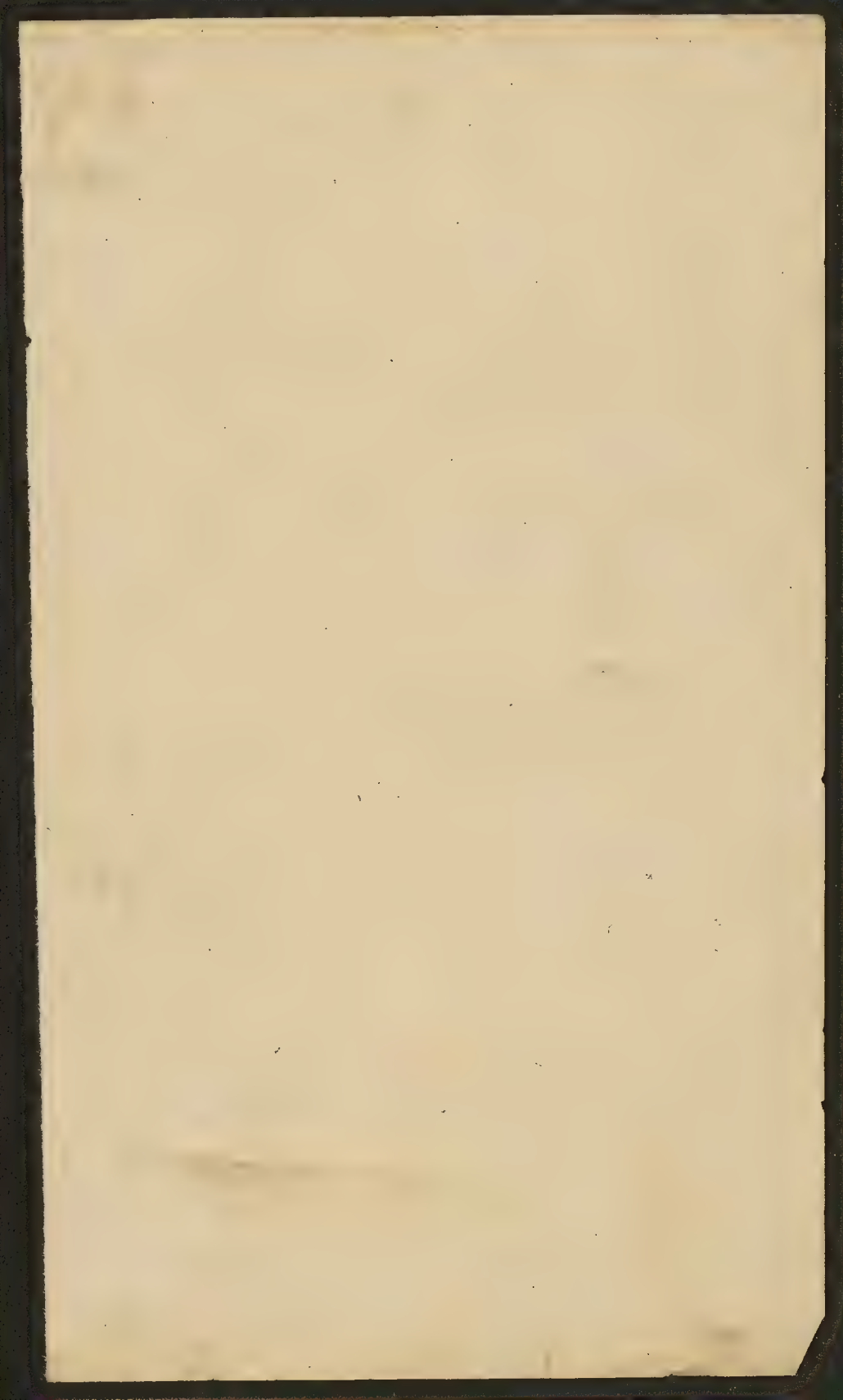
Vue : Utérus très développé (large.)

Palper : Circonscrire l'utérus. Ne pas confondre avec l'hydroamnios (Dans ce dernier cas on obtient la fluctuation.)
En général la portée fœtale est fixée au détroit supérieur vers le 8me mois, vers le fond de l'organe on arrive sur une portée fœtale. On cherchera un second fœtus. Il faut délimiter nettement la position du 1er fœtus, il sera plus facile de trouver le second.
On trouvera le plus souvent un 3ème pôle fœtale dans une fosse iliaque et le 4ème dans le flanc du côté opposé.

Auscultation Deux maximum très nets, distincts

Coucher.

ne sont pas entendu sur le même plan ; dans l'espace compris entre ces deux maximum on entend pas les B.D.C. Dans les cas d'hydroamnios, la partie fœtale n'est pas engagée. Dans les cas de grossesse gémellaire une partie fœtale est engagée. Si c'est un sommet, son volume ne répond pas au développement de l'utérus. Si d'une main on appuie (sur le fond de l'utérus) sur une partie fœtale, les mouvements ne sont pas transmis à la partie fœtale engagée. L'attention se trouve aussi attirée quand la position du dos ne répond pas à la position de la tête.

Placenta prævia

Définition :
Divisions de l'utérus : Barnes (trois zônes)
Variétés d'insertion : 4 —
Variété latérale, fréq. reconnue après délivrance.
Fréquence : assez fréq. donnant lieu avort.
Symptômes : hémorragie ; mécanisme
1re hémorragie : peu abondante et peu grâve.
Causes : insertion vicieuse trompes, multiparité ; endométrite.
Examen : partie fœtale non engagée. Toucher : segment infre épaissi et animé de battements
Diagnostic : Pendant le travail arrive sur placenta ou sur memb. Toute fois a 8 m. hémorrag. penser placenta prævia.
Diagnost. différent. : avec rupture varice, rupt. sinus circul. ou canal du col
Diag. rétrospect. : après l'accouch.t
Pronostic grâve : mère et fœtus
Complication : procidence cordon.
Traitement : pend.t gross. pend.t travail
Conduite à tenir

– Difficultés –

~~Obstacles~~ pour le 1er, 2e et 3e temps.

1er temps { Etroitesse vulvaire, indocilité femme œdème vulve, trombus, vaginisme cloison vaginale, ~~at~~ atrésie vagin, cancer, rigidité col, insertion vicieuse mobilité utérus, contractions subintrantes et rétraction utérus.

Ces difficultés auront été constatées pendant travail et on aura appelé médecin

Manières de les surmonter ?

La ~~présence~~ présence d'un membre ou du cordon dans le vagin pourront amener petites difficultés ;

1° { Passer à côté ~~pied~~ introd. main utérus

2° { Pas de battements dans le cordon : ne pas s'en préoccuper. Battements : le reporter dans la cavité utérine et le lâcher au moment saisie pieds.

2e temps { Il peut y avoir rétraction utérus empêchant l'évolution sur fœtus ; en allant lentement on pourra franchir cet obstacle

3e temps { Extraction : Si on a pris pieds ~~poster.~~ la fesse antér. peut rester accrochée au-dessus symphyse pubienne : Que faire ? Le cordon étant ~~court~~, le fœtus à cheval sur cordon, ce qu'il faut faire ? Si on a fait tractions, intervalle des contractions, bras relevés de bas en haut d'arrière en avant ou de haut en bas d'avant en arrière : 1° dégager bras post. en faisant moucher fœtus. ~~Transformer~~ Transformer ant. en post. et dégager même façon 2° dégager ~~fœtus~~ glisser de haut en bas sur dos fœtus. Si on ne peut réussir et que l'enf. souffre : dégager la tête accompagnée du bras, mieux vaut une fracture qu'un enf. mort :

Dét. sup.re { Tronc tourne, tête ne tourne pas : bouche reste du côté du dos ? Tête se défléchi : menton accroché au-dessous symphyse pub. ? Tête occipito-sacrée fléchie ? étraction sur le cou : de l'anneau de Bandl ou de l'orifice utérin ? Contracture releveur anus ?

~~Pronostic~~:

Version :

DATE

Définition : Substitution

Indications { Epaule, hémorragie ~~rupture utérine~~ procidence
Face M. P. ne s'engageant pas.
Sommet avec procidence membre
Bassin oblique ovalaire. éclampsie
rupture utérine affection cardiaque.

Conditions nécessaires { Orifice dilaté ou dilatable
Partie fœtale non engagée
Pas de brièveté du cordon
Bassin pas trop rétréci { 8c.
Membranes intactes ou ~~rom~~-pues depuis peu

Diagnostic { Membranes intactes
Membranes rompues { interrog. inspection Palper auscultat. toucher

Préparatifs { Mère { avertir famille : opération lit très distant posit. obstet. vid. vessie rectum ~~org.~~ génitaux préparer ~~?~~
Enfant } Unitac. Tout p. le ranimer

(1) 3 temps { 1° Introduction et saisie pieds } dans intervalle contract
2° Evolution.
3° Extraction. { pendant contractions

Choix main { Epaule D. A. : main homonyme à l'épaule qui se présente
Epaule D. P. : main ~~homonyme~~ en arrière ~~dos~~ main opposée pour faire version ~~?~~
~~Sommet : Main homonyme post.~~
Face : main opposée à position

(1)

Manuel opératoire { 1er t. : introduction : main en cône, face dorsale avant le vaseline ; introduire par rotation ~~rompre membrane~~ ~~franchir orifice~~ utérin, ~~saisir~~ saisir le bon pied ~~Pieds, si possible~~
Si on a ~~?~~ D. P. pied ~~sup.~~ :
D. A. : pied sup. : les 2 ~~?~~ possible

2e Temps : { Evolution dans l'intervalle contraction, abaisser pied dans le vagin.

3e temps { Extraction : tirer très en bas et en arrière, dégager siège faire anse cordon, dégager bras postér, ensuite ~~anter~~ unique en rapp. lig. triangul. extraction tête manœuvre de Mauriceau.

— Grossesse gémellaire —

Définition

Fréquence { En France 1/90 accouch^ts

Causes { hérédité, superfécondation, superfœtation

Dispositions des œufs {
1°: 2 placent. 2 chorions, 2 amnios, 1 caduque
2°: 1 masse placent. formée par 2 placentas accolés: 2 amnios, 2 chorions, 1 cadug.
3°: 1 placenta, 2 amnios, 1 chorion, une cadug.
4°: Poche unique 1 placenta 1 ch. 1 amnios 1 cadug

Symptômes et diagnostic { Interrog. inspection, palper, auscultat. toucher.

Situation des deux fœtus {
1°: l'un à côté de l'autre
2°: l'un au dessus de l'autre
3°: l'un au devant de l'autre

Diagnostic différentiel { Avec hydramnios ascite, gros fœtus kyste de l'ovaire, fibrôme, grossesse extra-utérine.

Terminaisons { Le plus souvent avant terme
Présentations vicieuses (pas rare)
2 accouch^ts successifs: 1° travail long, 2°: plus rapide.

Situation respective { 2 sommets, 1 sommet 1 siège, 1 siège et un sommet, 2 sièges. 1 sommet 1 épaule

Pronostic { Mère: interventions, hémorragie par inertie
Enfant: interventions, naissent le plus souvent avant terme: petits, chétifs.

Conduite à tenir.

Récapitulation

1re semaine

Ostéologie
Arthrologie
Myologie } Anatomie et physiologie obstétricale

2e semaine

Tube digestif
Foie – Pancréas
Corps tyroïde
Râte – Glandes saliv. } Grossesse normale
Pathologie.

3e semaine

Appareil circulatoire,
respiratoire et genito-urinaire } Accouchement.
Nouveau-né

4e semaine

Péritoine – Système nerveux
Organes des sens } Dystocie
et opérations

- Reins -

Définition
Développement
Situation
Moyens de fixités
Nombre
Forme
Volume } poids 90 grs.
long. 11 c.
larg. 6 c.
épaisseur 3 c.
Rapports. } différents droit ou gauche
Face antérieure
Face postérieure
Bord interne
Bord externe
Extrémité supér.
Extrémité infér.
Structure } 2 substances
Corticale } corpuscules de Malpigi
Médullaire } pyramides " " "
Artères
Veines
Lymphatiques
Nerfs
Physiologie } sécrétion urinaire
Pathologie } néphrite, mal de Brigth
Anomalie } reins surnuméraires, rein flottant
rein unique.

Délivrance. . . . .

2° ÉTAT DE L'ENFANT

Sexe. . . . .

État physique. . . . .

Poids . . . .

Longueur totale . . . .

Principaux diamètres de la tête
- Occipito-frontal. . . . .
- Occipito-mentonnier . . .
- Bi-pariétal . . . . . .
- Bi-temporal . . . . . .
- Sous-occipito-bregmatique .

3° ÉTAT DES ANNEXES

Placenta . . . .

Cordon . . . .

Membranes . . . .

Liquide amniotique. . . . .

OBSERVATIONS :

Ganglions lombaires	reçoivent les lymphatiques du fond de l'utérus de l'ovaire et de la trompe
Ganglions iliaques	reçoivent les lymphatiques du col de l'utérus et de la partie supér^re du vagin
Ganglions vaginaux	reçoivent les lymphatiques venant de la partie moyenne du vagin